N° D'ORDRE

40

ANNÉE 1962

THESE

présentée à la

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE

et de

PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 16 Mars 1962

pour obtenir

LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

PIERRE BERNERT

Interne des Hôpitaux Psychiatriques

né le 11 Juillet 1935, à MULHOUSE (Haut-Rhin)

La Relation Médecin-Malade

DANS LES EXPERTISES DES NÉVROSES TRAUMATIQUES

FACULTE MIXTE DE MEDECINE
ET DE PHARMACIE DE LYON

PERSONNEL DE LA FACULTE

P.J. LEPINE. Doyen Honoraire
Membre de l'Institut

M. H. HERMANN. Doyen
Correspondant de l'Institut.

M. M. LEVRAT, Assesseur
M. L. REVOL, Assesseur.

Professeurs Honoraires.

MM. COLLET, GUIART, LEPINE, TRILLAT, MOURIQUAND, MAZEI, GARIN, GATE, MARTIN, GABRIELLE, SANTY

Professeurs.

MM.	HERMANN	Physiologie
	CIBERT	Clinique urologique
	PONTHUS (détaché à Beyrouth)	Physique biologique
	DECHAUME	Clinique neuro-psychiatrique et hygiène mentale
	ROCHET	Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire
	CHAMBON	Chimie organique et toxicologie
	WERTHEIMER	Clinique chirurgicale B
	PAUPERT-RAVAULT	Clinique médicale B
	FROMENT	Clinique et prophylaxie cardio-vasculaires
	CROIZAT	Clinique médicale C
	ENSELME	Chimie biologique et médicale
	MALLET-GUY	Clinique chirurgicale A
	GUILLEMINET	Clinique de chirurgie orthopédique et de chirurgie infantile.
	REVOL	Pharmacie galénique et matière médicale
	POLLOSSON	Clinique gynécologique
	PIGEAUD	Clinique obstétricale
	BOURRET	Médecine du travail
	LEVRAT	Clinique médicale A
	SOHIER	Hygiène et action sanitaire et sociale
	DUCLOS	Clinique stomatologique
	BERNHEIM	Clinique médicale infantile et hygiène premier âge.
	JOURDAN	Biologie médicale et pharmacodynamie
	NETIEN	Botanique et cryptogamie

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550005_0031

MM.	BERTRAND	Clinique chirurgicale C
	BADINAND	Chimie analytique pharmaceutique
	DREVON	Pharmacie chimique et pharmacologie
	ROCHE	Médecine légale et déontologie
	COUDERT	Parasitologie et pathologie exotique
	MOUNIER-KOHN	Clinique d'oto-rhino-laryngologie et d'audio-phonologie
	PAUFIQUE	Clinique ophtalmologique
	THIERS	Clinique de dermatologie, syphiligraphie et allergologie
	BRUN	Clinique de pneumo-phtisiologie
	CREYSSEL	Clinique traumatologique des membres
	DARGENT	Cancérologie
	GUICHARD	Anatomie pathologique
	GIRARD Paul	Pathologie générale et expérimentale
	LATARJET	Anatomie
	PEYCELON	Pathologie chirurgicale
	GIRARD Marcel	Thérapeutique
	VACHON	Pathologie médicale
	GALY	Physio-pathologie des voies respiratoires
	KEHL	Histologie et embryologie
	PAPILLON	Radiologie
	JEUNE	Clinique des maladies infectieuses
	GONIN	Hydrologie thérapeutique, climatologie et écologie sociale
	MONNET	Bactériologie

Professeurs à titre personnel

MM.	BERGER	Physique nucléaire appliquée à la médecine
	DORCHE	Technologie pharmaceutique

Professeurs sans Chaire

MM.	BANSILLON	Obstétrique
	ROMAN	Parasitologie
	BERTOYE	Bactériologie
	CIER J.François	Physiologie
	CHATONNET	Physiologie
	CIER André	Pharmacie chimique et pharmacologie
	PERROT	Chimie organique et toxicologie

Maîtres de Conférences-Agrégés

Médecine

MM.	FEROLDI	Anatomie pathologique
	CREYSSEL Roger	Chimie biologique et médicale
	DUROUX Emile	Anatomie
	BRETTE René	Thérapeutique
	DUMONT Louis	Histologie
	THIVOLLET Jean	Hygiène
	GARIN J.Paul	Parasitologie
	MORET Robert	Physique
	BOUCHET Alain	Anatomie
	TOMMASI Michel	Anatomie pathologique
	RIFFAT Georges	Hygiène
	JOUVET Michel	Pathologie expérimentale
	FAVRE-GILLY J.	Hématologie

Pharmacie

MM.	ODDOUX Lucien	Botanique et cryptogamie
	MALLEIN René	Chimie analytique
	GRAS Jean	Chimie biologique
	PEYRIN J.Olivier	Physique

Agrégés en Exercice

MM.	MATHIEU Jacques	Obstétrique
	MARION Joseph	Orthopédie
	GUINET Paul	Médecine générale
	PONT Maurice	Médecine générale
	VIGNON Georges	Médecine générale
	REVOL Louis	Médecine générale
	PLAUCHU Marcel	Médecine générale
	TRAEGER Jules	Médecine Générale
	MARION Pierre	Chirurgie générale
	MICHAUD Pierre	Chirurgie générale
	JAUBERT de BEAUJEU M.	Chirurgie générale
	SAUTOT Jean	Chirurgie générale
	GUILLEMIN G.	Chirurgie générale
	BURTHIAULT René	Obstétrique
	GIGNOUX Marcel	Oto-rhino-laryngologie
	FRANCOIS René	Pédiatrie
	FREIDEL Charles	Stomatologie

MM.	DEVIC Michel	Médecine générale
	DESPIERRES Charles	Médecine générale
	DE MOURGUES Georges	Chirurgie générale
	FRANCILLON Jacques	Chirurgie générale
	SAUBIER Eugène	Chirurgie générale
	COLOMB Daniel	Dermatologie
	COLIN Marcel	Médecine légale
	TOLOT François	Médecine du travail
	GUYOTAT Jean	Neuro-psychiatrie
	SCHOTT Bernard	Neuro-psychiatrie
	DUMONT Martial	Obstétrique
	BONAMOUR Georges	Ophtalmologie
	DURAND Louis	Urologie
	GARDE Alexandre	Médecine générale
	PERRIN André	Médecine générale
	LARBRE François	Médecine générale
	MORNEX René	Médecine générale
	NORMAND Jean	Médecine générale
	MARET Gilbert	Chirurgie générale
	DEXCOTTES Jacques	Chirurgie générale
	CHASSARD Jean-Louis	Electro-radiologie
	ALLEGRE Georges	Neuro-chirurgie
	HUGONNIER René	Ophtalmologie
	FAYSSE Robert	Orthopédie
	GAILLARD Jean	Oto-rhino-laryngologie
	KALB Jean-Claude	Pneumo-phtisiologie

Examinateurs de la Thèse :

Monsieur le Professeur ROCHE

Monsieur le Professeur COLIN

Monsieur le Professeur GUYOTAT

Monsieur le Professeur MARIN

Ce travail est dédié à la mémoire de

Mademoiselle le Docteur Suzy ROUSSET

Médecin des hopitaux psychiatriques

A GENEVIEVE

A MES ENFANTS

A MES PARENTS

A MA GRAND'MERE

A MES BEAUX-PARENTS

A MES FRERES ET SOEURS

A TOUS MES AMIS

A Monsieur le Professeur R O C H E

Professeur de Médecine légale et
de Déontologie

qui nous a fait l'honneur d'accepter la Présidence de notre jury de Thèse.

Qu'il trouve ici l'expression de notre très respectueuse gratitude.

A U X M E M B R E S D E N O T R E J U R Y

Monsieur le Professeur agrégé C O L I N

Il a inspiré le sujet de cette thèse.
Il a bien voulu s'intéresser à ce travail et nous aider à le mener à bien par ses encouragements. Nous avons été séduits par son enseignement à la chaire de Médecine légale.
Qu'il trouve ici l'expression de notre admiration et de notre reconnaissance.

Monsieur le Professeur agrégé G U Y O T A T

Nous le remercions de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant d'être membre de notre jury. Nous savons l'intérêt qu'il porte aux perspectives psychothérapeutiques de ce travail. Ce fut pour nous un soutien incontestable.

Monsieur le Professeur agrégé M A R I N

Qu'il soit remercié ici, de la gentillesse avec laquelle il a bien voulu être de notre jury. Nous avons également bénéficié de son enseignement. Nous tenons à lui exprimer notre vive gratitude.

A Monsieur le Docteur A C H A I N T R E

Nous avons passé dans son service notre première année d'internat. Nous avons pu apprécier ses qualités d'organisation, sa très grande conscience dans son travail et sa bonté auprès des malades.
Nous lui exprimons ici l'assurance de notre respectueux attachement.

A Monsieur le Docteur R E Q U E T

Nous sommes très heureux d'être actuellement dans son service.
Nous le remercions très vivement de l'accueil qu'il nous y a fait.
Il ouvre pour nous des perspectives passionnantes dans l'étude de la psychiatrie.
Nous lui exprimons notre admiration.

A Monsieur le Professeur D E C H A U M E

Professeur de Clinique Neuro-psychiatrique
et d'Hygiène Mentale.

Aux Médecins de l'hôpital psychiatrique du VINATIER

Monsieur le Docteur B E R T H I E R

Monsieur le Docteur B E A U J A R D

Monsieur le Docteur B A L V E T

Monsieur le Docteur B R O U S S O L E

Monsieur le Docteur B E C A C H E

Monsieur le Docteur R O U L L E T

Monsieur le Docteur B U R G A T

Monsieur le Docteur B O U C K S O N

A mes camarades de l'Internat

Aux infirmières, infirmiers, assistantes sociales et
secretaires de l'hôpital du Vinatier.

"Tout savoir, -nous ne nous en rendons pas suffisamment compte,- est savoir de nous-même, savoir sur nous-même. Il n'est pas de connaissance, la plus lointaine et la plus abstraite, qui ne nous révèle à nous-même. Plus exactement, toute connaissance, quelle qu'elle soit, nous ramène à nous-même, parce qu'elle en est partie."

G. GUSDORF ("La découverte de soi")

"On ne peut voir que par la cécité, connaître que par la non-connaissance, comprendre que par la déraison".

MAITRE ECKHART

I N T R O D U C T I O N

Le terme de névrose "industrielle" rend compte de l'insertion de cette maladie au sein d'une civilisation et d'une époque.

Les formes nouvelles du travail l'ont fait naître, en même temps que par le même mouvement elles suscitaient l'avènement des lois sociales.

Issus l'un et l'autre des mêmes racines, véhiculés par la même histoire, l'expert et le malade tentent de prendre l'un vis-à-vis de l'autre une certaine distance qui satisfasse à la fois, le souci d'objectivité de l'un, le besoin pour l'autre d'être compris et réparé. Mais bien des passions attachées à notre époque viennent troubler la sérénité du colloque singulier.

Rattacher la névrose à sa cause, réparer les conséquences du traumatisme, renvoie constamment, dans un balancement perpétuel de l'individu, à son milieu d'existence.

L'expert ne peut épuiser l'essence de la maladie ni dans sa causalité organique, ni dans ses manifestations psychologiques, il ne peut détacher le malade de ses conditions d'existence, ni séparer la maladie de ses conditions d'apparition.

Les débats de l'expertise s'élargissent à propos d'un individu aux problèmes des structures d'une société.

Cette implication historique commune de l'expert et du plaignant oblige le premier à une réflexion sur lui-même et sur les structures qui le définissent.

Il doit démarquer, ce qui dans l'attitude scientifique qu'il adopte, participe de son engagement social.

Il doit susciter les modes de réparation qui tenteront de désaliéner le malade.

Ce n'est qu'en cherchant à savoir qui il est lui-même, qu'il peut aider l'autre à dépasser une situation conflictuelle.

La voie thérapeutique de la névrose traumatique passe par la réconcialiation de l'individu avec l'autre, en tant que médecin, et avec son milieu de travail. Cette voie thérapeutique s'ouvre à partir de l'expertise.

-o-o-o-o-o-

C H A P I T R E I

LE CADRE JURIDIQUE DE L'EXPERTISE EN MATIERE DE SECURITE SOCIALE

I - Les textes législatifs sont représentés par :

- l'Ordonnance du 19 Octobre 1945 sur le régime des assurances sociales.

- la Loi du 3 Octobre 1946 sur la prévention et la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles.

- la Circulaire n° 83 de la sécurité sociale du 24 Juillet 1956 relative aux modifications apportées à la Loi du 30 Octobre 1946 et au réglement d'administration publique du 31 Décembre 1946 sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Tous ces textes constituent les bases du Code de la sécurité sociale.

Le Décret n° 59-160 du 7 Janvier 1959 paru au journal officiel du 10 Janvier 1959, modifie et précise les conditions dans lesquelles doivent être effectuées les expertises médicales de la sécurité sociale.

II - LES DIFFERENTS TYPES D'EXPERTISES DE SECURITE SOCIALE

1°) L'expertise à l'échelon de la caisse primaire.

a) Les questions posées à l'expert portent notamment :

- Sur la relation entre les phénomènes pathologiques actuels et l'accident du travail. "La caisse peut faire procéder à un examen de la victime par son médecin conseil et, en cas de désaccord avec le médecin traitant, à un nouvel examen par un expert". (Article 27 bis de la loi du 30/10/1946).

- Sur la durée de l'incapacité temporaire de la fixation de la date de consolidation ou de guérison.

- Sur la légitimité des soins prescrits.

- Sur la nécessité d'un traitement spécial en vue de la réadaptation fonctionnelle de la victime. La victime a le droit de bénéficier d'un traitement spécial en vue de sa réadaptation professionnelle.

"Ce bénéfice lui est accordé soit sur sa demande, soit sur l'initia-
"tive de la caisse, après avis du médecin traitant et du médecin
"conseil, dès qu'il apparaît que ce traitement est de nature à favo-
"riser la guérison ou la consolidation de la blessure ou atténuer
"l'incapacité permanente. En cas de désaccord ou si la victime en
"fait la démarche, il est procédé à une expertise dans les condi-
"tions prévues par décret". (Art. II du décret du 7/1/1959).

b) L'expertise peut être demandée soit par la victime, soit par la caisse primaire ou la caisse régionale de sécurité sociale.

" La victime peut toujours, même lorsque la matérialité de l'acci-
" dent est contestée, requérir une expertise médicale. La caisse
" doit y faire procéder lorsque la contestation dont elle est sai-
" sie porte sur une question d'ordre médical."

Cette expertise peut être demandée même lorsque la décision de la caisse a été prise en accord complet entre le médecin conseil et le médecin traitant. Aucun certificat médical n'est nécessaire à l'appui de la demande.

L'expertise est demandée par la caisse de sécurité sociale.

Lorsqu'un litige survient entre le médecin traitant et le médecin conseil de la caisse, sur une question d'ordre médical, en particulier en cas de rechute, la caisse peut faire procéder à une expertise, même si la victime ne le demande pas.

Selon les cas, cette expertise est obligatoire ou facultative. Dans ce dernier cas, c'est à la caisse à juger s'il est préférable de déclencher l'expertise avant de prendre la décision, ou bien prendre la décision en indiquant à la victime les voies de recours. Dans la plupart des cas, l'expertise sera décidée pour le caractère professionnel de l'accident.

L'expertise est obligatoire, avant toute décision de la caisse, dans un certain nombre de cas prévus par la loi.

L'article 115 du décret du 31 Décembre 1946 prévoit que l'expertise doit être pratiquée en cas de désaccord entre le médecin traitant et le médecin conseil sur l'opportunité et les modalités de la reprise d'un travail léger avant la guérison ou la consolidation. Il en est de même lorsqu'il y a désaccord sur la date de guérison ou de consolidation.

L'article 39 de la loi du 30 Octobre 1946 rend obligatoire l'expertise en vue de l'admission au bénéfice de la réadaptation professionnelle.

c) Le choix de l'expert.

Quelle que soit la partie qui a fait la demande de l'expertise, c'est le médecin conseil qui doit se mettre en rapport avec le médecin traitant pour désigner cet expert. Dans le cas le plus général, c'est le médecin conseil qui prend l'initiative de

proposer au médecin traitant tel médecin comme expert. Un accord officieux intervient, qui est ensuite confirmé par écrit. On doit pouvoir apporter la preuve de la régularité du chois de l'expert.

L'article 2 du décret du 7 Janvier 1959 stipule que :

" Les contestations sont soumises à un médecin expert désigné, " d'un commun accord, par le médecin traitant et le médecin con- " seil ou à défaut d'accord, le directeur départemental de la san- " té, sur une liste établie par lui après avis du ou des syndi- " cats professionnels de praticiens intéressés et du conseil d'ad- " ministration de la Caisse régionale de sécurité sociale. Le di- " recteur départemental de la santé avise immédiatement la caisse " de la désignation de l'expert."

Aucune spécialisation n'est exigée du médecin, le choix est uniquement fonction de garanties de compétence et notoriété du médecin.

Les conditions d'incompatibilité sont prévues par le même article, qui précise que : "Les fonctions d'expert ne peuvent " être remplies ni par le médecin qui a soigné le malade ou la " victime, ni par un médecin attaché à l'entreprise, ni par le " médecin conseil de la caisse primaire ou de la caisse régio- " nale de sécurité sociale ou de la caisse agricole."

2°) L'expertise ordonnée par les commissions de procédure gracieuse et les commissions de première instance.

- Ces commissions interviennent dans tous les cas de litige. Il s'agit de juridictions contentieuses, de caractère paritaire, qui ont été organisées par la loi du 24 Octobre 1946.

- Ces commissions peuvent ordonner des expertises médicales. L'article 27 bis nouveau de la loi du 30 Octobre 1946 établit que "La procédure prévue au présent article est applicable en cas de différent soumis aux commissions prévues par la loi du 24 Octobre 1946, lorsque ce différent fait apparaître une difficulté d'ordre médical".

- En matière d'accidents du travail, environ la moitié des affaires portées devant la commission de première instance comporte des questions ayant un aspect médical.

- Les litiges les plus fréquents portent sur la date de reprise du travail, sur la nécessité de certains traitements spéciaux, ou encore sur les liens de causalité entre une affection pathologique et un accident du travail. Il y a donc toujours deux éléments : d'une part l'appréciation d'un certain état du malade et, d'autre part, l'interprétation de cet état ; cette interprétation a trait, soit à sa cause (problème de la causalité), soit à ses effets (possibilités de reprise du travail ou nécessité de traitement à appliquer).

Ainsi la commission de première instance a tout pouvoir pour apprécier si une expertise médicale s'avère nécessaire et pour inviter la victime à s'y soumettre. Par ailleurs "Si la commission de première instance juge que l'affaire n'est pas en état d'être jugée elle doit ordonner un complément d'information et peut notamment prescrire des enquêtes et expertises". (Art. 227 du code de la sécurité sociale). Dans d'autres cas, aucune expertise n'a encore eu lieu et le juge demande l'expertise pour le première fois.

La législation prévoit que les conclusions de l'expertise, établies suivant les modalités de l'article 227 du code de la sécurité sociale, s'imposent à la commission. Celle-ci a évidemment toujours la possibilité de vérifier si l'examen a été effectué consciencieusement et les conclusions, énoncées de façon claire et non dubitative, conditions légales exigées pour que l'expertise s'impose.

Il faut noter que certains problèmes touchant à la causalité entre l'accident et les lésions médicales ne sont pas uniquement du domaine du médecin qui ne possède pas, notamment, les moyens de contrôler l'existence et les circonstances exactes de l'accident.

3°) Expertise ordonnée par la commission régionale d'invalidité ou la commission régionale d'inaptitude au travail. Ces commissions sont chargées de régler tous les litiges qui se présentent à l'échelon de la caisse régionale.

a) Les cas dans lesquels l'expertise est ordonnée ont été prévus par l'article 125 du décret du 31 Décembre 1946 qui stipule :

> que la victime qui conteste la décision de la caisse régionale sur le taux de l'incapacité de travail doit adresser sa réclamation au secrétariat de la commission régionale en indiquant le nom du médecin qu'elle désigne pour y siéger.

L'article 52 de l'ordonnance du 19 Octobre 1945 prévoit en outre "Qu'en cas de contestation sur l'état " d'invalidité, celui-ci est apprécié par une commission " constituée pour chaque région dans les conditions fi- " xées par un arrêté du Ministre du travail et compre- " nant obligatoirement un médecin désigné par l'assuré " et un médecin désigné par la caisse régionale de sécu- " rité sociale".

C'est donc essentiellement dans la détermination du taux de l'incapacité de travail et dans l'appréciation sur un état d'invalidité que la commission aura à intervenir.

b) La composition de la commission régionale d'invalidité a été fixée par l'arrêté du 25 Mars 1947. La commission est présidée par le directeur régional de la sécurité sociale et comprend 8 membres dont 4 médecins : un médecin expert, un médecin désigné par la caisse régionale de sécurité sociale, un médecin désigné par la caisse primaire et un médecin désigné par la victime ; le médecin expert est donc membre de la commission.

La commission comprend par ailleurs un représentant des salariés, un représentant des employeurs et un inspecteur du travail. L'expert est désigné par le Premier Président de la Cour d'Appel.

c) La présence du médecin expert lors de la commission est indispensable. Son rôle n'est défini par aucun texte précis ; il a essentiellement un rôle de conseil médical.

d) En outre, la commission régionale peut désigner un médecin expert qualifié lorsque des examens médicaux spécialisés ont été jugés nécessaires. Ce médecin expert est choisi parmi les spécialistes les plus proches du domicile du malade. Son rôle est d'éclairer la commission et notamment l'expert médical, sur un aspect particulier du cas de l'intéressé

e) Aux termes de l'article 52 de l'ordonnance du 19 Octobre 1945 "Il peut être fait appel des décisions de cette commission devant une commission nationale constituée dans les conditions fixées par un arrêté du Ministère du travail". A cette commission nationale d'invalidité siège également un médecin expert. De même, elle peut désigner un médecin qualifié aux fins d'examens complémentaires. Le choix est fait par le secrétaire de la commission nationale d'inaptitude au travail.

4°) Expertise effectuée dans le cadre du contrôle médical par des médecins consultants.

Il ne s'agit pas de véritables expertises mais d'avis spécialisés qui sont demandés à des médecins consultants. Ces médecins sont inscrits sur une liste dressée dans chaque région par une commission composée de :

- l'inspecteur divisionnaire de la santé
- le directeur régional de la sécurité sociale
- le médecin conseil régional
- 2 représentants de la caisse régionale de sécurité sociale

- 2 représentants des syndicats médicaux

Le rôle de ces médecins spécialistes est d'éclairer à titre d'expert les médecins conseils. Ils interviennent donc dans l'exercice normal du contrôle médical.

C H A P I T R E II

DONNEES PSYCHOLOGIQUES FONDAMENTALES DE LA RENCONTRE

Il convient de souligner dès à présent, que l'expertise en matière de névrose traumatique intéresse surtout la commission technique régionale d'invalidité ; en effet le caractère chronique des troubles implique essentiellement la fixation d'une incapacité permanente partielle. Cependant, dans cette matière, l'expert interviendra également au niveau de la caisse primaire ; là il aura à se prononcer sur le délicat problème des relations entre les phénomènes morbides actuels et l'accident du travail ; enfin sur l'opportunité d'un traitement spécial en vue de la réadaptation fonctionnelle.

Cette précision nous a paru nécessaire, car, nous l'avons vu, le rôle de l'expert à chacun de ces niveaux est fort différent : caractère juridictionnel de sa décision d'une part, simple "conseil médical" d'autre part. Nous reviendrons ultérieurement sur ce point particulier.

******

Le cadre juridique de l'expertise fixe une fois pour toutes des constantes qui vont influer immuablement sur le climat psychologique de l'expertise.

La rencontre du malade et du médecin dans l'expertise tire son originalité de quelques points particuliers de la juridiction qu'il convient maintenant de mettre en valeur.

Tout d'abord, il nous paraît très important que l'expertise soit contradictoire ; en effet, quatre personnages principaux sont entrés en scène :

- le malade
- le médecin traitant
- le médecin conseil de caisse
- le médecin expert

Si l'on nous permet de schématiser quelque peu, l'on peut dire que l'on retrouve là un avocat de la défense, un ministère public, un juge. Nous voulons dire par là que chacun des personnages est revêtu d'une fonction sociale, l'adhésion à telle structure constitue un choix. L'institution délimite et définit le champ d'action ; elle confirme chaque protagoniste dans son rôle et dans son mode d'apparaître ; elle leur affecte un language et des coutumes. On peut craindre que dans ces limites étroites et dans ce cadre formel, ne s'asphyxie toute relation interhumaine ; que la rencontre d'un malade et d'un médecin, libérale par essence, n'y trouve une expression trop limitée. Par contre, et c'est là l'aspect positif du problème, le nombre plus élevé de constantes dans une équation, rend la solution plus proche. Le cadre juridique sert d'instrument : la connaissance critique de ses rouages facilite son utilisation. Par la prise de conscience des normes qui le définissent, l'expert en les rendant à leur fonction, s'en libère et prévient tout risque de sclérose.

La notion de litige est au premier plan : c'est dire que l'expertise s'insère d'une part dans une relation médecin-malade déjà perturbée, de l'autre dans une situation conflictuelle entre médecins.

L'expertise aura lieu parce que le malade n'est pas d'accord suscité par son médecin traitant ou à son insu, il fait appel, car il s'insurge contre la décision du médecin conseil. Le malade conteste l'avis d'un médecin et la loi rend cette contestation possible ; l'autorité du médecin n'est pas absolue, son diagnostic sujet à caution,la confiance qu'on lui accorde, limitée.

Il apparaît légitime que les institutions démentent la toute puissance médicale, ses affirmations "ex cathedra" et son infaillibilité quasi religieuse. Cela est d'autant plus légitime, que, pour le malade, le médecin conseil s'est trouvé là, par hasard, en tout cas, qu'il n'a pas été choisi et que le malade a le droit d'accorder sa confiance à qui il veut bien. Voilà révolue cette médecine immortalisée par "Knock" dont les avis péremptoires étaient un gage d'éfficacité. Autrefois le malade était livré pieds et poings liés à son médecin dont la décision était pour lui aussi impénétrable qu'intangible et les grains d'ellébore étaient un remède merveilleux.

Aujourd'hui le malade est invité à discuter avec son médecin, il a le droit de comprendre tout ce qui concerne sa santé, et on ne lui refuse pas la désapprobation. Mais dans ces rapports nouveaux, il a acquis le droit de douter même si le doute qui le ronge rend précaire la guérison.

En passant de la conception d'une médecine omnipotente à celle d'une médecine faillible, exposée à la dérision et à la critique, et qui même consent à prêter le flanc, n'est-ce pas au détriment de l'efficacité du médecin considéré comme "médicament ?"

* *
*

Pour éclairer son jugement et pour valider ses arguments, le plaignant se sert de son médecin traitant. Ce praticien, le voilà dans un rôle dont il n'était pas coutumier. Son client l'oblige à prendre parti dans un conflit qui l'oppose à un autre médecin. Une brêche est ouverte dans la solidarité confraternelle. Deux médecins se contredisent notoirement. Comment la contradiction peut-elle exister quand il s'agit de science médicale ou quand il est toujours question d'un côté comme de l'autre de l'intérêt du malade ?

Mais ce n'est pas la science qui est en cause ici, mais bien plutôt la compétence de chacun des médecins ; c'est aussi à travers cette notion de compétence, que du reste il se réserve le droit et le pouvoir d'estimer, que le malade ouvre le débat.

Il existe heureusement une vérité immanente à ces querelles. Et s'ils se mettent d'accord, c'est bien sur la compétence supérieure d'un tiers, que le font le médecin traitant et le médecin conseil.

* *
*

Si nous nous permettons de montrer les choses sous leur aspect caricatural, c'est à dessein de prouver que toute situation de litige même dans un domaine aussi technique recèle une charge affective indéniable.

D'autant plus, encore, que généralement médecin de la sécurité sociale et médecin praticien considèrent leur vocation respective comme essentiellement différente, voire même contradictoire.

La vocation du médecin praticien se conçoit clairement dans son esprit et celui de son patient. Le contrat tacite qui s'est établi entre eux à l'issue d'une longue expérience l'un de l'autre paraît plus "rodé". Il est pourtant en perpétuel devenir. On assiste en particulier à l'hypertrophie des exigences du malade qui véritablement met le médecin à son service ; si dans ce domaine il ne conteste pas, c'est qu'il est préétabli qu'un malade insatisfait ira voir un autre médecin. Cela tient sans doute à ce que les produits offerts à la consommation médicale sont devenus plus nombreux et plus variés pour une plus grande liberté du consommateur vis-à-vis de son fournisseur.

Dans le même temps, le consommateur est devenu plus exigeant ; la menace de l'adultère pèse de façon latente :

"Le malade vit souvent la relation au médecin en langage ca-
" pitaliste : il est son malade comme l'autre est son médecin ;
" à l'extrême, le malade en tire la possibilité d'utiliser, de
" manoeuvrer le médecin dans un but qui n'est en rien le trai-
" tement". (Bonnafé et Daumezon).

Les exigences sont aussi vives dans un pays ou règne le National Health Service ; aussi croyons-nous que ce phénomène est indépendant du caractère monnayé du contrat.

Le praticien est aujourd'hui mis en demeure non seulement d'être un bon médecin, mais aussi d'être un bon avocat. Une certaine complicité s'établit entre le patient et son défenseur. Cette connivence joue quotidiennement lorsqu'il s'agit de s'entendre à ne pas dépasser un certain seuil de tolérence en matière d'avantages sociaux. L'union, ici, se noue contre quelque chose, en l'occurence contre l'organisation anonyme de la sécurité sociale et contre le personnage indistinct du médecin conseil de caisse.

Le médecin conseil, ses confrères lui refusent souvent le nom de médecin ; sans doute pense-t-on qu'il n'existe qu'en fonction du contrôle ou du conflit ; dans ces situations, l'obscur sentiment du danger qui menace la cohésion du corps médical, invite les praticiens à faire du médecin conseil un étranger.

Ce médecin qui s'introduit dans le domaine jalousement défendu de la médecine privée a pour fonctions le contrôle intempestif de l'activité d'un confrère et la défense des intérêts informes du trésor public.

Ces réflexions timidement formulées ou farouchement déniées selon que l'on ressent à demi leur anachronisme ou leur inavouable présence, sont le témoin et les séquelles immatures d'une médecine en marche.

Il est en effet difficile et pourtant nécessaire de ne pas refuser à la maladie son évidente dimension sociale, de ne pas refuser au médecin conseil la fonction thérapeutique, la plus noble des fonctions et la seule justifiant la vocation médicale, mais de comprendre qu'ici le geste thérapeutique s'insère à un niveau différent.

"Le médecin conseil de caisse n'est pas "l'adversaire né" " du malade ; là aussi son ministère s'exercerait-il au seul " profit de la caisse et hors du champ de la relation médecin- " malade ; il paraît au contraire que, situé au carrefour pri- " vilégié des lois sociales dont on ne discute pas les bien- " faits, et des situations pathologiques particulières, ce pra- " ticien est appelé à jouer un rôle éminemment thérapeutique. " Que ces praticiens soient des salariés, contractuels ou fonc- tionnaires, ils ne sont ni le mandataire, ni le représentant de leur employeur, encore moins les contrôleurs. Leur activité ne s'exerce pas au profit exclusif de l'instance qui commet, mais dans l'intérêt de celui auquel elle s'adresse... "ce qui compte c'est l'objet de l'activité exercée."

Médecin traitant et médecin conseil devraient travailler en étroite collaboration pour résoudre ensemble les problèmes posés par la maladie, chacun apporte à l'édifice thérapeutique une compétence singulière, la connaissance respective des dimensions sociales et individuelles de la maladie.

Ainsi, d'une certaine manière, l'expertise n'existe qu'en fonction de l'échec de cette collaboration.

* *
*

Troisième élément d'un tryptique, il convient d'examiner maintenant qui est l'expert.

Tout d'abord, essayons d'analyser les aspects négatifs ou névrotiques de sa vocation.

Il s'agit d'un personnage choisi pour sa compétence, peu rémunéré et entraîné à trancher du débat.

La compétence de l'expert est essentiellement médicale ; ses critères sont ceux, de la notoriété et des titres ; d'autre part, on méconnait généralement qu'il faille exiger de lui une compétence psychothérapique. Le but de ce travail est en partie de conclure sur les qualités que nous pensons pouvoir attendre de l'expert, placé comme il l'est, de façon privilégiée, au centre d'une situation.

Sans vouloir abusivement généraliser, il nous faut dénoncer clairement les raisons qui poussent un médecin à accepter la fonction peu rémunérée d'expert.

D'abord, le titre d'expert est en soi un signe de reconnaissance qui accrédite la compétence du médecin et qui pourra lui donner un regain de notoriété. Son mandat assied solidement l'expert sur la place publique, en même temps qu'il le montre du doigt et l'oblige à se figer derrière le masque de sa fonction.

Il lui donne également la possibilité d'un exercice

plus étendu socialement et celle d'une relation indiscutable de médecin tout puissant à malade sans pouvoir.

Surtout c'est un rôle tranchant que cette fonction lui donne, qui le place du côté des certitudes et l'exclut des amertumes constantes de la thérapeutique.

Nous ne voulons pas dire qu'il n'est pas essentiel que l'expert soit compétent mais montrer combien celui-ci peut devenir prisonnier de son personnage et des motivations de son choix.

A l'intérieur de la structure hiérarchisée du service contentieux de la sécurité sociale, l'expert trouve une place précisément assignée. Au bas de l'échelle, au niveau de la caisse primaire, il est plus compétent que le médecin traitant et le médecin conseil ; son avis est sans appel. Au niveau de la commission régionale, peut-être parce qu'il s'adresse à un public plus informé, on pourrait dire qu'il doit ménager ici, dans la classe supérieure, la susceptibilité de ces confrères ; mais là n'est pas l'esprit du législateur. Il est légitime qu'une décision aussi importante que la fixation d'une incapacité puisse trouver un lieu de discussion, alors que l'erreur en matière d'incapacité temporaire porte moins à conséquence et qu'une décision d'autorité prévient les difficultés d'une procédure déjà complexe et encombrée.

Mais si nous raisonnons en termes de répercussions affectives, on voit que l'expert est placé dans une position délicate à l'égard de ses confrères, ce qui va lui imposer d'être un homme de tact et de conciliation.

L'expert oblige le médecin traitant à lui reconnaître une compétence supérieure, qui pour ce dernier peut représenter un aveu de démission à l'égard de son client en même temps que pour le médecin conseil cette démarche est de reconnaître qu'un autre que lui pourra mieux concilier l'intérêt du malade et l'intérêt public.

Il semble que pour résoudre ce problème, il ne faut pas voir dans l'expert un médecin plus haut placé dans une hiérarchie discutable, mais un spécialiste de situations conflictuelles, et dans le médecin conseil, un spécialiste des maladies à répercussions sociales.

Ils ont tous trois à guérir la même maladie considérée sous des angles différents ; l'expert est d'une certaine façon le spécialiste de la pathologie des relations sociales : son rôle est en effet d'apaiser un litige.

* *
*

Mais il ne suffit pas de faire de chacun un spécialiste pour réconcilier tout le monde ; du reste dans la réalité le malade choisit son expert par personne interposée tout comme il chargerait son médecin de lui recommander un spécialiste. Nous voilà renvoyés à la relation de l'omni-praticien et du spécialiste telle que l'analyse si finement BALINT. Le praticien débordé par l'insatisfaction et la quérulence de son patient l'invite consciemment ou non à rechercher l'expertise et se débarasse d'une lourde responsabilité par recours à l'intouchable autorité d'un tiers, l'expert-spécialiste.

Cet avantage non reconnu que représente la possibilité de repli derrière l'intransigeance d'un autre plus compétent, contribue à entretenir la persistance d'une relation maître-élève entre l'expert et le praticien.

Ce n'est pas tout, non seulement, contraint par la situation d'être plus sûr, plus décisif, plus compétent, l'expert est amené à peser dans la même balance deux protagonistes : ce n'est pas seulement le malade qui est soumis à l'examen de l'expert, mais pour une large part son médecin aussi, dans la mesure où malade et médecin dans une étroite connivence ont muri leur conception particulière de la maladie et la stratégie de la défense ; l'expert en effet oriente son examen et ses conclusions en fonction d'une contestation précise élaborée de pair par le malade et son médecin. Il est en quelque sorte conditionné par ce qui s'est déjà passé entre un malade et son médecin, par le style ou la matrice d'une relation médecin-malade antérieure.

Concernant toujours la désignation de l'expert, il est probable que chaque partie choisit l'expert en fonction de ses positions connues et que la pesée de l'expert avant le combat consacre d'une certaine manière le caractère relatif et subjectif de l'expertise : l'expert est choisi en fonction de ses tendances et de la décision finale qu'on lui suppose devoir prendre.

En fonction de considérations économiques qui à priori peuvent paraître secondaires (nécessité pour lui de s'assurer une clientèle d'expertise), l'expert pour être désigné devra se

conformer à une certaine norme susceptible de satisfaire à la fois les parties en présence.

On voit que le personnage théorique imaginé par la loi dans le principal souci de l'objectivité de son regard, est confronté de fait avec le personnage incarné, de son temps, entraîné dans le courant des particularismes de sa technique, de son métier, de sa classe.

* *
*

Après un essai critique sur la situation d'expertise, loin de vouloir dénier toute qualité à la machine juridique, nous voulons insister sur le fait qu'elle doit servir d'instrument thérapeutique.

A l'intérieur de ce cadre, l'expert a pris conscience des travers de sa profession et de ses conditionnements ; il sait quel personnage on lui fait jouer ; il connaît bien son rôle jusque dans ses nuances et ses subtiles intonations. Mais il ne cesse d'être lui-même à travers le jeu.

L'unité de lieu dépouille le drame de prolongements superflus. Les dialogues sont déjà écrits ; le langage est honnête, sans écarts outranciers ; chacun sait de quoi il parle et le jeu a ses règles : on est plus vite au fait des véritables problèmes.

Il s'agit bien d'un psychodrame qui se joue où le litige atteind son paroxysme, où les oppositions s'affirment jusqu'à la caricature. On avive la plaie pour mieux la guérir ;

arrivé à sa maturité le conflit trouve sa solution ; il s'exacerbe et se dévoile.

L'expert analyse la contradiction pour permettre la guérison des relations sociales malades.

Nous avions montré que l'expertise consacre l'avènement de la contestation : c'est sans doute, à dessein thérapeutique, qu'elle est ici permise, non pour lui assèner de prestigieux arguments scientifiques, mais pour éclairer les soubassements affectifs qui la soutendent. Il faut dénouer la crise, non par une attitude d'autorité indiscutable, mais par la voie de l'adhésion.

En effet l'expert, tire une incontestable autorité du fait qu'il est le technicien de l'expertise, c'est-à-dire qu'il est autant un arbitre qu'un homme de science. Le terme d'arbitre ne nous paraît pas traduire complètement l'étendue de son rôle.

Sa tâche consiste, en effet, à mettre fin à la contestation et à la contradiction. De celle-ci, il sait comment elle est née, comment elle a pu évoluer, parfois rebondir ; il en connaît la forme et le contenu, mais il sait aussi lui appliquer un remède.

Il n'est pas seulement, nous l'avons dit, l'arbitre ou le négociateur, il ne cherche pas la solution dans une compromission partagée avec l'une ou l'autre partie ; mais il restitue à la situation sa possibilité dynamique : il est le leader.

Il se trouve, en effet, placé au sein d'une équipe dans laquelle il connaît ses protagonistes, dans leur rôle défini.

S'il s'agit d'opinions confrontées, il s'agit aussi de compétences réunies.

Le médecin traitant apporte à l'ensemble l'analyse de la situation familiale, de la biographie du sujet ; il connaît ses modes réactionnels et son comportement habituel devant la maladie.

Il appartient au médecin conseil d'être très au fait des problèmes que posent habituellement la consolidation et la reprise du travail. On verrait très bien qu'il apporte dans cette matière, l'avis du médecin du travail ou que celui-ci participe directement aux débats.

Ces médecins du secteur public portent témoignage de l'importance des facteurs socio-économiques de la maladie et de sa guérison.

Dans cette perspective, il n'existe plus de stérile rivalité entre confrères, mais il advient une collaboration constructive dans la sereine certitude pour chacun d'une compétence particulière.

Le malade, en conflit à l'intérieur de lui même, se trouve placé devant une équipe cohérente. L'expert est, répétons le, le leader entraîné à cette manière de synthèse.

-o-o-o-o-o-

C H A P I T R E III

PROBLEMES DEONTOLOGIQUES

Nous avons vu que le formalisme juridique n'a pu contraindre l'expert au point d'étouffer sa vocation médicale, qu'il a su dépasser de pesantes implications, inhérentes à sa fonction, pour retrouver le chemin de la thérapeutique.

S'il est vraiment médecin, sa façon de pratiquer paraît en contradiction avec l'aspect traditionnel de sa profession.

En effet, le secret de l'entretien avec le malade n'est plus totalement respecté, non plus que la règle du libre choix.

A première vue, il semble que c'est pour préserver le "pur regard" sur le malade, que la loi ébauche les limites d'un contrat entre l'expert et le plaignant. L'article 378 du code pénal définit le secret professionnel de l'expert : l'expert psychiatre est tenu au secret sur les faits dont il a connaissance au cours de l'accomplissement de sa mission ; les bases du secret professionnel en matière d'expertise ne sont toutefois pas les mêmes que celles qui concernent la médecine de soins. En effet, ce n'est pas comme le médecin traitant, au titre de confident nécessaire que l'expert a connaissance des faits. L'expertisé est au courant du rôle de l'expert et ne le considère pas comme un confident.

"Ce n'est pas à raison de la confiance qu'un client a
" mise en lui pour se faire donner des soins que l'expert a
" surpris le secret, mais à raison de la confiance que la jus-
" tice lui a accordée". (LOUBAT)

L'article 378 s'applique ici plus au "dépositaire par fonctions temporaires" du secret qu'au médecin à proprement parler.

Cette conception du secret intéresse surtout l'expertise pénale, mais elle contribue cependant à la définition de l'expert en général ; d'ailleurs, ces dispositions du code pénal s'appliquent à toutes les variétés d'expertises judiciaires.

C'est donc un contrat réservé qui s'établit entre le malade et l'expert ; en effet, le contrat dépend dans ses limites de l'instance juridique qui commet l'expert. Celui-ci n'est médecin que sur le terrain qui lui est assigné et non pas médecin "à part entière".

On tend à séparer nettement sa fonction de celle d'une médecine de soins ; et certains même préconisent une autonomie complète de la psychiatrie médico-légale :

"Car la société à le droit d'utiliser, dans des buts de contrôle, le psychiatre, mais hors du champ de la relation médecin-malade". (Drs BONNAFE et DAUMEZON)

Le psychiatre qui s'est défini "par l'intention d'un contact humain guérisant, par la permanence d'une attitude psychothérapique", ne se reconnaît plus dans la figure du médecin

expert.

Il semble, en effet, en première approximation, que celui-ci, au contraire, s'attache à mettre une certaine distance entre le malade et lui, qu'il est retenu et comme lié à l'instance qui le commet. Son objectivité quasi-entomologique, rendrait toute "coexistence" avec le malade, dangereuse.

Mais ce qui éloignerait davantage l'expert du psychiatre, c'est l'amputation de son rôle thérapeutique que pourrait engendrer cette conception du secret.

Il y a incompatibilité entre les fonctions de médecin traitant et celle d'expert. Le CODE DE DEONTOLOGIE (article 50) le confirme de façon formelle.

Là, on insiste à juste titre sur l'indépendance nécessaire du médecin vis-à-vis du malade, mais au risque, sans le secours d'une réflexion vigilante, de consacrer le désengagement thérapeutique de l'expert. La relation qui s'établit est partielle et prudente, comme si une menace venue du malade pesait sur elle. Tout contact thérapeutique s'établit dans l'intersubjectivité et l'on craindrait que la séduction réciproque ne vienne obscurcir l'attitude scientifique. La compréhension globale de la situation demande à l'expert de se référer à des points de vue divergents. "Traitre à sa mission sacrée", il est encore écartelé entre deux aspects de sa fonction en apparence opposée.

Nous ne nous appitoierons sur son sort que pour montrer le paradoxe, car il apparaît bien facile de le réhabiliter.

Mais le voilà au point de jonction des intérêts en apparence contradictoires de la société et du plaignant ; ce qui paraît limiter son engagement sur un terrain, comme sur l'autre.

La loi donne à chacun une fonction, désigne à chacun sa place : pour éviter toute confusion de la part de l'expertisé entre le secret absolu auquel il est habitué et le secret spécial de l'expert, inexistant à l'égard de l'autorité commettante, l'expert selon la règle prévue par le conseil national de l'ordre (BULLETIN 1950 p. 177):

"doit toujours faire connaître à l'intéressé sa qualité préalablement à son examen."

On voit combien cette démarche peut être restrictive. Dans son aspect caricatural, cela peut donner : "Surtout ne vous trompez pas sur ma personne, évitons de trop nous connaître, afin que cette aventure ne nous mène pas trop loin. Je dois retourner sain et sauf auprès de ceux qui m'ont commis, car je suis aussi de leur bord".

Mais comment l'expert peut-il se refuser à être inquiété par la maladie ; comment, s'il est question de névrose traumatique, s'il doit donner son avis sur des plaintes subjectives, peut-il rester à distance de son malade ? Le mot latin "expertus", se traduit par "qui a éprouvé". Et s'il ne connaît de la situation, que ce qui intéresse directement l'expertise, comment déterminera-t-il la forme de réparation, la plus juste et la plus adaptée ?

* *
*

Avant de répondre, dans la mesure du possible, à ces questions, envisageons la deuxième particularité qui sépare la médecine d'expertise de la médecine de clientèle : c'est le problème du libre choix.

En effet l'expert a été choisi sur une liste, après accord du médecin conseil et du médecin traitant. Si ce dernier représente la voix de son malade, il reste que ce choix est limité, que l'expert est un inconnu dont le malade devra accepter l'interrogatoire, l'examen,la décision. Il mettra son avenir entre ses mains.

On conçoit que, s'il est question de névrose traumatique, l'appareil anonyme et ses officiants obscurs puissent polariser la revendication du malade. La rencontre fortuite d'un malade conflictuel et d'une médecine impersonnelle peut être ressentie comme un nouvel "accident", plus, que comme l'évènement salutaire.

Une justice sociale, sans nom, devient pour le malade malveillante à son égard ; reflet du monde tragiquement accusateur de KAFKA. La collusion, la complicité presque, avec le médecin-traitant-avocat, reconnues comme légitimes n'ont plus cours ici.

* *
*

L'expert, au premier abord, serait cet inconnu, qui se tient à distance. Nous ne le pensons pas.

En effet, dans de nombreux secteurs de la médecine, l'entorse à cette déontologie classique, n'a pu entraver la qualité et l'efficacité des soins prescrits.

Le malade sait que le dimanche, ou parfois la nuit, il ne pourra recourir à son médecin habituel et fera appel au médecin de garde. A l'hôpital il s'attend à recevoir de médecins qu'il ne connaît pas, une médecine de qualité. On peut en dire autant de la médecine de Mines ou de la S.N.C.F.

Le libre choix actuellement apparaît surtout dans la possibilité de choisir d'abord entre une médecine artisanale limitée dans ses moyens, et une médecine plus efficace dans la mesure de moyens plus étendus.

De la même façon sans doute, le malade s'attend-il à une expertise de qualité. La rencontre avec une équipe médicale multidimensionnelle est un gage de plus grande efficacité.

Le secret médical est de la même façon de plus en plus "partagé". Il existe une tension entre le droit de la personne à l'intimité et le devoir de l'Etat de garantir la santé de tous. Pour une meilleure thérapeutique, les malades atteints de la même maladie sont groupés ensemble. Les répercussions sociales de la maladie amènent le malade à demander à son médecin de préciser sur des certificats, ses antécédents, de décrire avec soin ses troubles.

Le lieu du secret n'est plus ici. Il est dans le respect de la personne, de ce qui dans celle-ci n'est pas inventoriable et qui doit forcément échapper à l'analyse, de crainte que le malade ne devienne un objet.

Mais en ce qui concerne le problème technique en discussion, pourquoi ne pas élaborer avec le malade, ensemble, ce qui sera dit à l'expertise. Il ne s'agit pas pour autant de

compromission, de complicité ou de calcul. On peut obtenir l'assentiment du malade sur ce qui, de ses antécédents, de ses plaintes, de ses échecs, sera utile à la compréhension de la situation. Il est fait un contrat sur le secret à respecter. C'est-à-dire que le malade doit savoir ce qui sera dit à son sujet, dans un langage qui lui soit rendu accessible et de façon aussi à ne point l'enchaîner à un pronostic définitif.

* *
*

Dans ce contrat nouveau, d'un malade amené par hasard à un expert désigné, il existe une nouvelle forme de libre choix : c'est le choix mutuel intériorisé dans la rencontre. Fait du respect du médecin et de l'adhésion du malade, il aboutit à choisir ensemble la meilleure thérapeutique.

Cette conception ne gène en rien l'objectivité de l'expert.Il se refuse à des identifications dangereuses par la distance qu'il prend vis-à-vis de lui-même. Il se débarrasse simplement de ses réflexes, de ses idées préconçues, parce qu'il se trouve chaque fois devant un problème nouveau.

Sa technique est de compréhension et non de classification. Elle lui sert à dépasser les apparences de la maladie et à trouver sa signification ; elle lui sert aussi à dépasser sa propre implantation historique et sociale.

Dans un cadre formel, l'expert retrouve une aventure toujours renouvelée, celle de la rencontre ; pour cela il lui faut éviter l'écueil d'être le technicien de la forme, d'être le juge.

Ce danger est d'autant plus grand, que l'expert est psychiatre. En effet, cette tendance à une attitude d'autorité trouve son climat dans une conception de la maladie mentale encore très vivace : pour certains "la maladie mentale est une régression, non dans le sens jacksonnien, avec ses manifestations complexes de symptômes positifs ou négatifs, mais simplement un retour en arrière comme si toute une somme d'expériences était retournée au néant à partir d'un certain âge sous l'effet du processus morbide, comme si elle n'avait jamais joué aucun rôle dans la formation de la personnalité. On se trouve devant un psychisme neuf comme celui d'un enfant."

On est alors tenté de décider à la place du malade, puisque la réadaptation est devenue la rééducation. Le malade est décrit comme un "infirme mental", un être incomplet ; une autorité vicariante viendra au secours de sa raison défaillante, de son impossibilité d'autonomie ; chez ce "résidu d'homme", il suffira de "recréer le réflexe conditionnel" qui enchaîne tout homme à son travail. Le bénéfice des lois sociales risque, alors, de se transformer en mesures d'assistance.

Dans cette perspective, une décision d'autorité est ressentie comme une sanction. Le terme de "sanction thérapeutique" appartient à une médecine révolue ; elle procédait de l'infaillibilité de l'époque positiviste.

Ce danger d'être le juge, plutôt que le médecin, est plus grand à l'échelon de la caisse primaire, où la décision de l'expert a un caractère juridictionnel. Au niveau de la C.T.R.I. son avis est de simple "conseil médical". Le danger

sera justement évité, dans une rencontre authentiquement médicale avec le malade.

L'expert se souviendra, d'autre part, que son rôle est d'instruire l'affaire en tant qu'auxiliaire de la justice.

* *
*

En réfléchissant sur les problèmes du libre choix et du secret professionnel, et sur la tentation de convertir l'expert en juge, loin de n'y trouver que des obstacles, nous découvrons des éléments dynamiques pour refondre une nouvelle profession. En contournant des aspects négatifs, s'ouvrent les horizons d'une médecine en devenir.

Ainsi, avec l'avis sans appel du médecin expert, la médecine autoritaire et infaillible reprend ses droits dans la nostalgie de son enfance ; mais si, dans la forme et vue de l'extérieur, la décision peut ressembler au couperet qui tombe, à l'intérieur de la relation de l'expert et du malade, elle peut être une décision comprise et élaborée ensemble, au moins explicitée et rendue acceptable par sa fonction thérapeutique.

-o-o-o-o-o-

C H A P I T R E IV

PROBLEMES CLINIQUES ET PATHOGENIQUES

Notre propos n'est pas de faire une étude exhaustive de la névrose traumatique, mais de contrer que la description de cette maladie est comme polarisée par le problème médico-légal, comme si elle ne tenait son existence que de lui.

Une définition de la maladie a été donnée en 1942 par une commission issue des sociétés belges de médecine mentale et de neurologie, à la suite du rapport de M. MOREAU.

"La nécrose traumatique est constituée par des troubles nerveux fonctionnels d'origine psychique, qui se développent à la suite d'un accident, que celui-ci ait comporté ou non un traumatisme corporel".

Elle constitue une prise de position catégorique ; en effet, est rejetée, l'opinion que défendait OPPENHEIM en 1889, selon laquelle il s'agirait d'une psychonévrose spéciale d'origine organique. Malgré cela, par la suite, l'attrait de l'explication organiciste restera inscrite en filigranes.

Diverses classifications ont été proposées qui reflètent également les conceptions pathogéniques et étiologiques des auteurs.

Les plus connues sont celles de REICHARDT, modifiée par MOREAU et celle de BRUN. EVRARD, à l'étude duquel nous nous référons, adopte la première classification, mais conformément à la définition ci-dessus, en élimine le syndrome

subjectif des traumatisés crâniens et les divers troubles organo-psychiques consécutifs aux accidents encéphaliques.

Pour nous qui essayons de nous placer délibérément en dehors de ces débats pour montrer justement leur importance dans la décision finale de l'expert, nous adopterons, à titre d'exemple la classification d'EVRARD.

D'autre part le syndrome subjectif constitue une entité descriptive suffisamment reconnue, pour qu'il ne constitue pas, hic et nunc, un problème particulier pour l'expert.

Ce disant, EVRARD, classe les névroses traumatiques de la façon suivante :

1) la névrose d'effroi (SCHRECKNEUROSE) et les réactions végétatives aux accidents.

2) la neurasthénie et l'hypochondrie post-traumatiques ; dans ce cadre peuvent entrer aussi les dépressions chirurgicales des opérés en "cascade".

3) l'hystérie post-traumatique sous toutes ses formes.

4) certains états psychasthéniques post-traumatiques (obsessions, phobies).

EVRARD souligne lui-même que toute classification en types distincts est un artifice et qu'il y a souvent passage d'une forme à l'autre.

* *
*

RAPPEL SEMEIOLOGIQUE :

1°) La névrose d'effroi fait immédiatement suite à une frayeur intense ; elle ne comporte pas d'atteinte corporelle, ou bien celle-ci est peu importante et ne joue pas de rôle déterminant.

Au stade de début, les réactions de ces malades sont davantage d'allure psychotique. Ils présentent un état de confusion mentale et d'agitation psychomotrice désordonnée, ou bien sont stuporeux. Parfois ils présentent un délire onirique. Ces réactions psychiques vont de pair avec un syndrome neuro-végétatif où prédominent les signes cardio-vasculaires.

En quelques semaines ou en quelques mois, la tension émotionnelle s'atténue. Dans cette période transitoire le sujet reste anxieux, asthénique, il ne peut fixer son attention et accuse une amnésie de fixation. Il revit au cours de cauchemars répétés la scène de l'accident. Dans certains cas, les réactions de frayeur sont différées et n'apparaissent qu'après un certain laps de temps.

Ces névroses d'effroi ont généralement un bon pronostic, compte tenu de circonstances de milieu favorables. Mais il existe des névroses émotionnelles prolongées, quand la personnalité prétraumatique joue un rôle important. Les réactions végétatives peuvent prédominer ; l'évolution en est favorable au bout de deux mois.

2°) la neurasthénie et l'hypochondrie. La neurasthénie traumatique débute de façon progressive, après un certain laps de temps ; elle prolonge et fixe, d'une certaine façon, les

réactions neuro-végétatives initiales.

Au premier plan de la symptomatologie apparaît la fatigue aussi bien physique que psychique, et l'hyperexcitabilité : asthénie, fatiguabilité excessive, hyperexcitabilité sensorielle, phénomènes douloureux (céphalées, rachialgies, douleurs à sièges multiples et changeants), insomnie, troubles végétatifs multiples. On rencontre d'autre part la tristesse, l'auto-observation inquiète et complaisante, le manque d'énergie, l'absence d'intérêt, la susceptibilité, l'instabilité et dans le domaine intellectuel, une diminution du rendement par l'épuisement de la capacité de concentration et le ralentissement de l'idéation.

Le pronostic est généralement bon, lié en partie aux facteurs de personnalité, de contingences sociales et financières et à l'environnement. La neurasthénie traumatique paraît se voir surtout lors de situations entraînant des accidents, des menaces d'accidents, ou des émotions, qui se répètent.

La névrose hypochondriaque, comporte une polarisation psychique plus étroite sur telle ou telle partie du corps atteinte par le trauma, qui est l'objet d'une attention inquiète, d'autoexamen minutieux. L'hypochondriaque paraît particulièrement sensible à une altération visible de son corps. L'évolution est étroitement liée aux facteurs dérivant de la personnalité et du milieu.

3°) L'hystérie. Le cadre de l'hystérie déborde le pithiatisme de BABINSKI, en particulier, l'action déterminante de la suggestion sur l'évolution n'est plus admise par tous ;

au moins, ce critère ne peut plus servir à limiter l'hystérie.

Le temps de latence qui précède l'éclosion des troubles extrêmement divers est ici particulièrement constant. Le traumatisme a pu entraîner une blessure importante ou avoir été très bénin ; les troubles neuro-végétatifs du début vont servir de noyau à l'évolution névrotique.

Le temps de méditation après l'accident est fort variable allant de quelques jours à quelques mois. L'apparition de la symptomatologie hystérique fait régresser l'anxiété, les cauchemars, les frayeurs.

VAN BOGAERT classe les signes très polymorphes de l'hystérie traumatique de la façon suivante :

a) certains troubles neuro-végétatifs (sudation, spasmes du tube digestif, des voies respiratoires, etc...)

b) les troubles oculaires et pupillaires variables, paradoxaux.

c) le sommeil et les états d'inhibition voisins (catalepsie, fixation brusque du tonus)

d) les mouvements involontaires, du type opisthotones rigide.

e) les troubles de la coordination et de l'équilibre, discontinus.

f) les troubles de la sensibilité.

Au point de vue psychique, on décrit des troubles de l'humeur (labile, capricieuse, explosive, pathétique, anxieuse), des états crépusculaires avec délire onirique, des états

seconds suivis d'amnésie, des symptômes de dépersonnalisation, des aspects de puérilisme extrême, parfois un tableau pseudo-démentiel.

Ces symptômes prennent par la suite une certaine indépendance vis-à-vis des suites immédiates de l'accident.

Le pronostic est fort variable, étroitement dépendant, là encore, de nombreux facteurs. Il existe des cas graves à mauvais pronostic.

4°) Certains états psychasténiques (obsessions, phobies). A la suite d'accident ayant entraîné une peur intense immédiate ou différée, le sujet peut ressentir, après un certain temps de latence la crainte vive de se trouver à nouveau dans la même situation. Cela l'oblige parfois à renoncer à son ancienne profession.

Ces troubles peuvent persister quelquefois très longtemps plusieurs années après le choc émotionnel.

On peut être quelque peu surpris de ne pas trouver mention dans cette classification de la sinistrose. Cela tient au fait que BRISSAUD la définit comme "état psychopathique spécial qui n'est jamais une conséquence nécessaire et inéluctable de l'accident, car il procède uniquement d'une interprétation erronée de la loi et consiste en une sorte de délire raisonnant fondé sur une idée fausse de revendication".

Cette option qui l'élimine du cadre des névroses traumatiques a un caractère plus médico-légal que nosographique. A part que la sinistrose paraît relever d'un mécanisme plus

délirant que névrotique. Dire qu'il s'agit d'une idée fausse de revendication, c'est déjà faire travail d'expert. Pourtant l'idée de réparation est plus ou moins indissolublement liée à toutes les formes de névroses traumatiques.

La recherche d'une séméiologie objective revêt pour l'expert une importance considérable. Devant une symptomatologie si subjective où le diagnostic cherche à dépasser l'impression clinique, il n'est pas superflu de souligner l'intérêt des renseignements objectifs. Ils serviront d'autre part à serrer un diagnostic différentiel parfois difficile.

1°) L'examen neurologique doit être complet, à la recherche de signes discrets. En dehors de l'hystérie et de ses manifestations sensitives et sensorielles, il est du reste le plus souvent négatif.

2°) L'examen ophtalmologique sert lui aussi surtout le diagnostic différentiel. Outre le fond d'oeil, il comporte principalement la périmétrie qui met souvent en évidence des troubles fonctionnels (type rétrecissement en spirale du champ visuel).

3°) l'examen otovestibulaire, donne des résultats difficiles à interpréter. Il s'agit le plus souvent, dans le syndrome post-commotionnel de troubles de l'excitabilité labyrinthique dans le sens hypo plus souvent qu'hyper.

On différencie d'autre part une surdité hystérique d'une surdité simulée. BRANDT et BERSOT ont mis au point un posturomêtre permettant d'objectiver le signe de ROMBERG.

4°) Nous passons rapidement sur l'étude de l'olfaction et de la gustation, sur l'exploration du système nerveur végétatif dont le bilan est important dans le syndrôme post-commotionnel.

Une ponction lombaire sera demandée seulement en cas de doute ; de même que la pneumoencéphalographie dont l'expert ne prend la responsabilité qu'après mûre réflexion.

5°) L'électroencéphalogramme montre des anomalies fréquentes caractérisées par la non spécificité ; un essai de démembrement est en cours, en fonction du comportement des traumatisés crâniens. Par exemple, au comportement agressif anti-social de l'adulte, HILL associe une persistance marquée de l'activité thêta, alors que chez les anxieux et les agités, l'auteur note l'abondance des anomalies bêta etc...

Il est évident que l'EEG permet de renseigner sur l'existence d'éventuelles lésions cérébrales.

D'autres méthodes d'exploration ont été utilisées ; nous citerons l'électromyographie, la psychogalvanographie, la sub-narcose barbiturique.

* *
*

On s'aperçoit à la lecture des résultats et à la façon dont les investigations sont conduites que ces dernières ont pour but de découvrir une lésion organique associée, ou de l'éliminer ; mais aussi elles servent à confondre le simulateur. Elles donnent au diagnostic positif des névroses traumatiques, des renseignements peu nombreux et souvent contingents.

Les tests mentaux par contre paraissent comporter plus d'éléments positifs : ils permettent d'étudier le malade aux prises avec le concret. La névrose traumatique est justement révélée par les conditions d'existence et les tests dressent l'inventaire des difficultés du traumatisé. Leur répétition permet de suivre l'évolution et d'obtenir une vision dynamique de la névrose.

Nous ne dirons quelques mots que du WECHSLER-BELLEVUE et du test de GOLDSTEIN afin, à l'aide de ces exemples, de souligner l'intérêt de la méthode psychométrique.

- Le test de WECHSLER BELLEVUE peut montrer la détérioration par une baisse importante de l'efficience aux épreuves pratiques par rapport aux épreuves verbales et la perturbation de l'adaptation à une situation complexe. Il peut déceler des difficultés d'organisation et de synthèse.

- Le test de GOLDSTEIN paraît particulièrement intéressant C'est en vue de déterminer l'état des malades présentant des traumatismes cérébraux que GELB et GOLDSTEIN introduisirent cette méthode pendant et après la seconde guerre mondiale.

Les différentes épreuves de ce test consistent à présenter des objets variés et à les faire classer au sujet selon différents modes. On étudie également l'aptitude du sujet à passer volontairement d'un mode de classement à un autre.

On met ainsi en évidence le déficit de la pensée conceptuelle, avec une pensée anormalement concrète et rigide. Ces résultats peuvent expliquer les difficultés de réinsertion sociale du malade par des réactions moins adaptées, un compor-

tement plus concret, plus intimement lié à l'activité immédiate.

- Enfin les tests de personnalité peuvent servir à l'étude d'un état névrotique antérieur à l'accident.

DISCUSSION PATHOGENIQUE

Nous allons montrer, en nous inspirant du rapport de H. HECAEN et J. de AJURIAGUERRA, que l'adhésion de l'expert à telle ou telle théorie entraîne, ipso facto, une vue particulière du problème de la réparation ; inversement, qu'une option déterminée sur la façon de réparer trouve sa justification dans l'adoption de telle théorie pathogénique plutôt que de telle autre.

Tous les efforts paraissent sous-tendus par la nécessité de prouver ou d'infirmer la réalité du trouble, avec peut-être l'arrière pensée que seule la lésion organique ne laissera aucun doute sur l'honorabilité de l'affection. Organicité tend à devenir synonyme d'objectivité.

La névrose traumatique constitue la pierre d'achoppement de la psychiatrie médico-légale, car toute étude nosographique de cette maladie se ressent de se demander toujours, s'il faut réparer ou non.

* *
*

La première démarche est constituée par la description clinique ; c'est sur elle d'abord que l'on tente de prouver la réalité du trouble.

Le symptôme de la névrose traumatique apparaît réel :

des lésions frontales chez les névrosés traumatiques.

D'autres auteurs cherchent à retrouver une symptomatologie neurologique constamment associée aux troubles névrotiques, mais celle-ci ne prouve que la réalité du traumatisme et de la lésion responsable des troubles neurologiques à laquelle peuvent fort bien être associés des troubles névrotiques ; à l'inverse la névrose se voit après des traumatismes légers indépendamment de toute affection neurologique associés.

* *
*

On essaye de prouver ainsi que la maladie est "inscrite" dans le corps de l'individu sous la forme patente de la lésion ou du dérèglement fonctionnel. De la même façon, on essaye "d'inscrire" la maladie dans la constitution du sujet, dans son histoire antérieure.

SUTTER, STERN et SUSINI, à propos des psychonévroses de guerre tentent de les prévoir, à travers un certain nombre de facteurs (chétivité physique, inadaptation sociale préalable, conflits familiaux anciens, tendances agressives, épisodes psychopathiques antérieurs, atteintes antérieures du système nerveux).

RUESCH, HARRIS et BOWMAN montrent que la personnalité post-traumatique dépend plus de la personnalité pré-traumatique que des autres facteurs relevant de l'atteinte cérébrale.

KOZOL minimise le rôle de la personnalité pré-morbide pour accorder une importance prévalente aux facteurs extérieurs au malade, en particulier aux facteurs sociaux compliquant la

situation post-traumatique. Pour lui la personnalité prétraumatique intervient surtout dans la production du symptôme.

* *
*

Reconnaître la maladie à l'aide du symptôme actuel ou du symptôme antérieur est une entreprise difficile :

En effet, il existe une grande variabilité dans l'expression de la symptomatologie en fonction de la structure propre du sujet : tel sujet expose avec minutie ses troubles, tel autre les invoque simplement comme preuve du tort qu'ils lui causent.

Les modes expressionnels varient de la véhémence et de la révolte à la résignation, en fonction du caractère de l'individu, et non pas forcément, en fonction de la nouvelle structure créée par le traumatisme.

Il apparaît ainsi une autre manière d'envisager le symptome, non plus uniquement, comme le signe tangible de la maladie, mais comme moyen d'expression du malade.

Du même coup, les signes de la névrose traumatique, dont la banalité déjà, rend difficile la caractérisation clinique, vont dépendre encore étroitement du dialogue qui les fait apparaître.

La séméiologie accusée de l'anger coronarien, ou de la colique hépatique, est exprimée à travers la diversité des malades, avec une certaine stéréotypie.

Celle de la névrose traumatique, se révèle dans l'in-

terrogatoire, en fonction de celui-ci, en fonction de l'importance donnée par le médecin à tel signe, plutôt qu'à tel autre.

Il existe une culture médicale populaire, dont la teneur varie sans doute avec les civilisations. Tel symptôme se fait remarquer un temps, pour perdre toute valeur signifiante en d'autres temps. Pour se comprendre médecin et malade finissent par parler la même langue. Le langage de l'un trouve son miroir dans la science de l'autre.

La hiérarchisation des symptômes par l'examinateur, auquel répond le malade par une certaine façon de présenter sa maladie, ajoute un élément de confusion. C'est la banalité même des symptômes qui rend compte de leur malléabilité, car chacun en soi, ne signifie pas grand chose et selon sa propre conception de la maladie, le médecin écoutera cette plainte plutôt que telle autre :

"... il va de soi que les signes de la clinique psychia-
" trique n'apparaîssent que dans certaines situations interhu-
" maines privilégiées, où le médecin poursuit avec son patient
" un entretien à fins diagnostiques". (DAUMEZON et LANTERI-LAURA)

En plus, intervient dans le climat du dialogue, donc dans l'énoncé des symptômes, la façon dont le médecin considère avec antipathie ou sympathie le névrosé traumatique et là encore il est tenté de dissimuler ses réactions effectives à l'examen, derrière une conception pathogénique déterminée.

Ceci est exprimé par KASTEIN et GRELINGER pour qui :

"l'attitude du médecin traitant et du médecin contrôleur,

" est souvent funeste et généralement subordonnée à leurs propres complexes inconscients contre lesquels aucune formation psychothérapique suffisante ne les met en garde. L'antipathie du médecin à l'égard des névropathes peut être fortement refoulée ; il hébergera alors un sentiment de culpabilité inconscient à l'égard du sujet, ce qui le poussera soit à nier la névrose (en voulant coûte que coûte lui attribuer une origine somatique), soit à adopter une attitude conciliante et compatissante. Dans une autre éventualité, le médecin réagit par l'hostilité à ses propres tendances refoulées et adopte une attitude d'agressivité envers le patient. Ces deux tendances opposées peuvent d'ailleurs alterner chez un même praticien".

* *
*

Une première conception pathogénique résoudra le problème de la réparation par la négative ; c'est celle qui consiste à nier l'existence de la névrose traumatique. C'est l'opinion de MOREAU, pour qui, parce qu'il n'existe aucun signe neurologique objectif, la maladie ressort de la simulation. Et il écrit :

"A nous médecins, il appartient de défendre la communauté contre des abus", d'éviter "les saignées opérées par des milliers de parasites dans les caisses de l'Etat". "La névrose traumatique se voit dans tous les milieux sociaux lorsqu'il y a de l'argent à glaner". Un facteur de prolongation est l'octroi d'une rente "patente de maladie" qui fait craindre le "retour à la servitude", car "les callosités ne protègent plus les mains

après la douceur de la flanerie". Mais, quand il n'y a plus d'espoir de rente, ce sont alors "des individus peu disposés au travail". Comment donc admettre "ces névroses lucratives, ces miasmes pestilentiels sur la morale publique" ? "Ces mécontents oisifs sont dangereux pour l'Etat". "Assigner à la névrose le caractère de suite réelle de l'accident..., c'est manquer gravement à son devoir... envers l'intéressé lui-même et la communauté..., le seul traitement efficace consiste à couper les vivres du sujet" ; c'est-à-dire à lui refuser toute indemnisation et à le sommer de reprendre son travail.

DE BUSSCHER adopte la même attitude, pour lui "cette croisade sert la droiture et l'équité" ; il nie la réalité des signes neurovégétatifs "cultivés sans vergogne par des gens sans humour pour la grande joie des avocats et de quelques thérapeutes pêcheurs en eau trouble". "L'hystérie traumatique, ou non est toujours utilitaire... par exemple chez ces rapatriés paresseux qui campent un personnage de "héros et martyr" dans une atmosphère de compassion lourdement incompétente... L'équité doit-elle céder le pas à la flagornerie du prolétariat ! On ne saurait faire endosser à l'assurance les frais attribuables aux tendances masochistes auxquelles ce sujet s'abandonne sans résistance... Bien des médecins de valeur ont souhaité que l'on ose mettre fin aux sempiternelles indemnisations de ces soi-disant accidentés du travail. Ils font ressortir la similitude des plaintes des névrosés traumatiques avec celles des chômeurs de longue date, et l'immoralité de l'indemnisation leur permettrait de se soustraire à la lutte pour la vie".

Le débat ici perd de son caractère technique pour gagner en affectivité et en subjectivité. Il prend sa source dans une position doctrinale et s'élève dans un paroxysme d'indignation jusqu'à une prise de position politique.

Non seulement la maladie est niée, mais le soi-disant malade est rejeté avec violence. Tous les ponts sont rompus.

Le symptôme n'a plus la force de signe qui conduit à la maladie ;on lui dénie tout pouvoir ou plutôt on lui accorde le redoutable pouvoir de la rupture.

Dans le même temps, c'est pour le médecin qu'il est devenu moyen d'expression : aussitôt intégré et répertorié dans son échelle des vices et des vertus, il l'utilise comme un témoignage scandaleux pour stigmatiser la paresse et le mensonge. Pour le malade, il est l'expression malheureuse qui a rendue définitivement honteuse sa maladie.

SOSSMANN élargit l'opprobre à la nation tout entière et fait de la névrose "une réaction psychologique trahissant un manque de courage et d'esprit civique".

Quelle est donc cette maladie dont le pouvoir est de porter un débat aux frontières de la cité ? Ce qu'elle atteint par le seul fait d'exister est si vital que le médecin sort de son rôle pour défendre l'intérêt public contre l'intérêt du particulier. Le médecin est devenu juge, il justifie sa fonction en culpabilisant la maladie. Défenseur de la chose publique, en voulant nier la "névrose industrielle" il reconnaît implicitement qu'à travers lui, elle concerne et inquiète la société :

produit d'une civilisation, exprimerait-elle l'hostilité à un travail que l'on tend à sacraliser dans l'exacte mesure où il perd son visage humain ? C'est un système de valeurs dans son entier qui est mis en cause ici, par le seul fait de l'apparition d'une morbidité particulière dans laquelle il soupçonne sa responsabilité.

* *
*

Les problèmes posés par l'hystérie, même s'ils sont abordés avec le ton de neutralité que donne le langage scientifique, révèlent avec plus d'acuité encore, la confusion entre position pathogénique et position en face de la réparation. On finit par ne plus savoir laquelle conditionne l'autre.

Pour TITECA, l'hystérie est indemnisable, puisqu'il est aujourd'hui certain qu'elle relève de "perturbations de la conduction des influx nerveux dans les circuits harmoniques corticaux", et qu'à elle seule, "la peur peut modifier les circuits harmoniques". Par contre la névrose traumatique ne peut être réparée car "l'élement conscient prédomine, au point de devenir pour ainsi dire unique".

NYSSEN pense que "l'origine idéogène de l'hystérie est suffisante pour faire rejeter toute indemnisation".

BOISSEAU a insisté sur l'intérêt doctrinal de ces discussions au sujet de l'hystérie. Celles-ci ont "des conséquences d'une grande portée concernant l'indemnisation des manifestations hystériques et leur prophylaxie. Faire confiance à l'hystérie, c'est multiplier ses méfaits. Traiter comme elle

le mérite cette grande simulatrice, c'est réduire au néant son action néfaste".

Ici, la maladie est condamnée en raison de sa naissance illégitime. Cette origine idéogène est suspecte et l'on voudrait voir le malade innocent de toute idée préalable de réparation... L'intérêt est incompatible avec la maladie. Au contraire, avec l'irresponsabilité, le malade retrouve sa candeur primitive.

* *
*

Au sein des théories organicistes, l'expert retrouvait à sa disposition les éléments qui unissent le traumatisme à la réparation.

D'une part une causalité simple relie les lésions à ses manifestations. La névrose est imputable au traumatisme.

D'autre part, la notion de perte de la capacité de gain, se superpose à celle de déficit organique.

La survenue d'explications psychogénétiques remet en question la signification du symptôme, la classification de la maladie et sa étiopathogénie.

Déjà avec GLOVER, la notion même de trauma s'élargit au simple "stress psychique". Pour lui il existe d'une part des symptômes de conversion ou hystériques, d'autre part des symptômes psycho-somatiques, correspondant au syndrome subjectif des traumatisés crâniens.

Pour la névrose traumatique, il accorde une importance décisive à l'histoire antérieure du malade, sa situation dans

l'existence au moment du trauma et au mode vécu de celui-ci.

La symptomatologie est expliquée par les mécanismes d'inhibition et de répartition des décharges instinctuelles en vue d'une nouvelle adaptation au déséquilibre induit par le "mental stress". Dans l'agression, le malade recherche un état de sécurité infantile pré-traumatique et le trauma n'est que le "facteur précipitant" d'un état névrotique sous-jacent.

GRINKER et SPIEGEL abolissent la distinction entre symptômes hystériques et psychosomatiques ; de ces deux états, ils font des "substituts de l'anxiété" ; la notion de traumatisme dépasse encore le stress émotionnel : l'incertitude de l'avenir constitue à lui seul un stress suffisant.

Alexandre ADLER considère que la névrose traumatique n'est pas caractéristique de personnalités pathologiques. Pour elle, "l'anxiété sous-tendant ces névroses n'est pas liée au seul accident, mais aux difficultés extérieures qui existent avant comme après l'accident".

HULSE, à propos de névroses de guerre, montre que "le choix des symptômes était déterminé moins par l'évènement de guerre, en lui-même, que par d'autres évènements antérieurs, en particulier de l'enfance et de l'adolescence". Le traumatisme devient "la répétition symbolique de situations conflictuelles antérieures", un sentiment de culpabilité livre le névrosé à une "justice magique".

L'école de VON MONAKOW, avec BRUN ne perd pas de vue l'aspect neurologique du problème, en distinguant des états pseudo-névrotiques organiques et organofonctionnels, les véri-

tables névroses. Il est intéressant de noter que, pour cet auteur, la pension devient un substitut des convoitises inconscientes et que la revendication est aussi pulsion infantile sadique en ce qu'elle tente de nuire à la collectivité responsable.

* *
*

Après cette brève nomenclature, qui n'a pas la prétention d'être complète, nous constatons qu'une approche méthodologique foncièrement différente peut mettre l'expert dans l'embarras.

Il est intéressant de souligner que dès lors, on considère les réactions d'une personnalité globale en face d'une situation.

On ne peut plus "lire la pathologie mentale dans le texte trop simple des fonctions abolies".

On considère désormais, avecGOLDSTEIN, la situation globale de l'individu en face du monde.

Il est hors de notre compétence de tenter une critique des données analytiques. Cependant, il semble que deux sortes de dangers émanent de toute tentative de rationnalisation de l'angoisse et singulièrement de l'explication psychologique.

C'est d'abord d'enclore la maladie et avec lui, le malade, dans l'inextricable souricière d'un langage scientifique "il n'y a pas de déterminisme psychologique qui ne puisse innocenter, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de vérité pour la psychologie qui ne soit en même temps aliénation pour l'homme".

Le malade aux prises avec l'objectivité de l'homme de sciences ou de l'expert n'échappe plus à l'inévitable sanction qui le classe, le répare ou le guérit.

Par ailleurs, l'explication psychologique ne doit pas amputer la maladie de sa dimension historique sous peine, dans l'expertise, de se référer à une justice désincarnée.

"La psychanalyse psychologise le réel pour l'irréaliser : elle contraint le sujet à reconnaître dans ses conflits la loi déréglée de son coeur, pour lui éviter d'y lire les contradictions de l'ordre du monde". (FOUCAULT).

* *
*

En réponse à cette dernière objection, de nouvelles perspectives s'ouvrent à partir de l'étude de la "psychologie des accidents".

Un abord psychosomatique présente l'accident "comme le résultat corporellement traumatisant d'un conflit intrapsychique, transposé par le sujet sur le monde des machines". (MORALI-DANINOS). Cet auteur considère l'accident comme "le terme ultime d'une série d'évènements", "la séquence accidentelle" qui, partant d'un défaut d'organisation et d'une prédisposition psychosomatique déterminée, comporte une situation accidentelle ou accident potentiel, qui peut se transformer en accident réel à la suite d'un acte dangereux exécuté par l'auteur de l'accident".

Le facteur humain c'est-à-dire la prédisposition aux accidents englobe des sous-facteurs sociaux, biologiques et psychologiques.

S'exposer inconsciemment aux traumatismes, représente une manière de défi, de réponse amère à une inadaptation profonde.

La tendance agressive de l'accidenté et la notion de conflits familiaux ou sociaux se font jour à travers cette étude.

N'est-ce pas justement la même revendication diffuse que nous allons retrouver dans le moment de l'expertise ?

On a l'impression de voir se raccorder à la description actuelle de la névrose traumatique, celle de sa phase de début où elle évolue à bas bruit avant l'accident. L'accident est devenu symptôme de cette nouvelle maladie ; le moment de l'expertise, inévitable paroxysme ; le temps de la réparation, celui de la guérison ou du passage à la chronicité.

M'expression d'un éternel conflit se fait par ricochets aux moments privilégiés du traumatisme et de l'expertise.

MORALI-DANINOS, chez les sujets prédisposés, montre que dans les conflits internes, qui finalement se projettent dans le corps : la figure paternelle joue un rôle important. Il la décrit comme "haute, impénétrable, inaccessible, enviable et en même temps coercitive, dogmatique, tranchante...". Ne peut-on y voir une sorte de préfiguration prophétique de l'image du mauvais expert que nous étions en train de dénoncer ?

Les problèmes de la prévention des accidents en ce qu'elle concerne le facteur humain, rejoignent ceux de la réadaptation. Le convalescent retrouve les mêmes "contradictions de l'ordre du monde" auxquelles il a voulu échapper dans la maladie traumatique.

L'ampleur de la question, impudemment soulevée par la névrose traumatique, explique l'embarras de l'expert : elle lui donne la mesure de la tâche à accomplir.

Parti à la recherche d'une objectivité, il n'échappe au vertige de l'Histoire que dans une démarche dialectique.

* *
*

Pour ce qui est du présent, l'expert devra, pour remplir sa mission, prendre position aux yeux de tous, dans le débat étiopathogénique. Avec le médecin, voilà jetées dans l'arène les querelles qui opposaient jadis, COS à CNIDE, HIPPOCRATE à EURYPION.

-o-o-o-o-o-o-o-

C H A P I T R E V

PERSPECTIVES NOUVELLES DE LA RELATION MEDECIN-MALADE

Si la névrose traumatique trouve son remède dans une réparation adéquate, nous pouvons essayer le refaire en sens inverse, le chemin qui va du médecin au remède ; il nous conduira, peut-être, à découvrir la vertu thérapeutique de la rencontre.

Nous avons vu que la réparation, en ce qui concerne la névrose traumatique, et elle seule, est un médicament dont l'action faste ou néfaste, dépend du mode d'administration.

Voyons d'abord quels sont ses dangers. (Il est important de préciser que, conscient du progrès incontestable apporté par les lois sociales, nous n'analysons ici les effets de la réparation qu'à l'usage exclusif de la névrose traumatique).

Une inadaptation latente au travail devient avouable et peut s'exprimer, lorsque le travail est rendu responsable d'un dommage, même minime. Il n'y a plus de raison de cacher son hostilité, puisque par le traumatisme, celui-ci s'est rendu hostile. Le langage le plus acceptable pour transgresser le tabou de la morale du travail, est incontestablement le langage de la maladie où l'on se récuse, mais qui n'abolit pas la culpabilité.

La réparation peut devenir alors mystification qui rend caduque toute expression d'agressivité chez le malade, et un dialogue mensonger s'engage, qui parle de maladie. Parler de maladie, ce peut être localiser le mal en un point précis, pour

tenter d'oublier qu'il affecte l'ensemble d'une situation et d'une personnalité.

Par la réparation, on classe le malade dans une catégorie d'inutilité sociale partielle. Accréditer l'inutilité sociale, c'est une façon négative de résoudre le problème de l'inadaptation en le mettant entre parenthèses.

La maladie est un mode de relation coupable, si elle est l'expression trop timide de l'agressivité en face d'une situation. Ne pas reconnaître ce qui est exprimé, renforce la culpabilité.

Le malade a aliéné son hostilité dans la maladie et l'expert, en ne considérant que la maladie en soi, établit l'aliénation. Le diagnostic devient sentence qui décrète que le symptôme est lésion et ferme la porte, pour le malade comme pour l'expert, à une autre compréhension de la situation. On en reste à une conversation prudente, on applaudit le travesti, on restreint la portée du dialogue pour ne pas voir que le mal atteint l'ensemble de la personnalité.

Cela tient sans doute à ce que l'expert est accoutumé à manier l'équation, déficit.=incapacité de gain ; son expérience s'est constituée avec l'estimation du dommage physique où une fonction abolie, est facilement rapportée à la gêne au travail qu'elle entraîne et peut être chiffrée simplement.

Il se sert d'un schéma classique pour morceler le corps humain, et "l'oeil et la dent" trouvent leur valeur définie ; alors, la justice est rendue aisément.

Réparer ce qui est définitivement atteint, ce qui a été

amputé, peut être accompli avec la légitime satisfaction que donne le langage arithmétique. A l'extrême, ce bras est amputé, le voilà réparé, on n'en reparlera plus ; tout est, si l'on peut dire, définitivement tranché.

Avec de telles armes et de la même façon, l'expert tente d'aborder la réparation de la névrose traumatique. Le traumatisme est minime, nulle fonction n'est abolie et pourtant l'inaptitude au travail est importante. Dans l'optique du déficit, la réparation n'est jamais assouvie ; l'expert en a l'obscur sentiment qui le rend agressif ou coupable. Il s'agit d'une atteinte globale de la personnalité qui ne s'adapte plus à une situation de travail et le schéma classique n'a plus cours ici.

La névrose n'a pas de prix ; elle apparaît avec un double visage comme laisser aller, jeu, enfantillage et aussi comme désarroi profond, expérience indicible, douleur difficilement communicable ; mais comble de dérision, elle est aussi d'une certaine manière, expérience à la portée de tous et son diagnostic est aisé.

C'est même un diagnostic rassurant qui confirme qu'il n'y a rien d'organique et "rien de cassé".

"La souffrance du patient, peut être rapportée à sa source, expliquée et par conséquent acceptée par le médecin sans qu'il se sente coupable. Il trouvera et il aura raison, qu'il a fait ce qu'il fallait, il a découvert la cause véritable de la souffrance. Pour le reste, il n'en est plus responsable même s'il n'y a plus grand chose à faire..." (BALINT).

* *
*

On commence à voir que le bon usage de la réparation est en partie lié au bon usage du diagnostic. Ce dernier prend aujourd'hui une importance considérable car ses conséquences dépassent la portée du simple geste médical. L'arrêt du travail ne se définit pas seulement autour des seuls critères de la pathologie, en effet :

"L'efficacité du travail est reconnue parce qu'on la fonde sur sa transcendance éthique. Depuis la chute, le labeur-châtiment a reçu valeur de pénitence et pouvoir de rachat".

Du même coup, la communauté de travail (par délégation d'un médecin) acquiert un pouvoir éthique de partage, qui lui permet de rejeter comme dans un autre monde, toutes les formes de l'inutilité sociale. Pour éviter cet écueil, en partie, il convient de reconnaître qu'il existe une forme de diagnostic qui par son académisme tend à déréaliser une situation pathologique ; et que l'on peut comprendre la reconnaissance de la maladie à un niveau de profondeur différent.

A ce propos, l'évolution qui s'est faite dans la juridiction de l'expertise psychiatrique pénale, doit atteindre maintenant l'expertise psychiatrique, en matière de sécurité sociale:

La discussion autour de la seule responsabilité du délinquant implique une conception de la justice assez particulière. L'expert désigne aux jurés celui qui peut être châtié car sa responsabilité est entière. Il classifie la délinquance et donne son avis sur l'efficience de la sanction. En l'occurence sa thérapeutique ne d'adresse qu'à la société pour lui permettre de se réhabiliter dans le châtiment de l'un des siens. Pour elle, dans

cette conception heureusement dépassée, il faut que la sanction soit comprise et vécue comme telle par le délinquant, pour qu'elle ait pouvoir de rachat. Telle faute a été commise, telle punition efficace doit être appliquée : l'expert est là plus près du juge que du médecin.

En matière d'accidents du travail, la situation est superposable. Un dommage a été commis envers l'assuré. Au nom de la société, l'expert identifie le dommage, l'évalue et fournit à la société les éléments qui lui sont nécessaires pour accepter sa dette.

Après que la réparation soit intervenue, l'une des parties en présence retrouve son intégrité ; elle a indemnisé pour se retrouver indemne et non coupable ; le geste thérapeutique de l'expert-juge est intervenu en faveur de la société.

L'ancien rôle de l'expert est de mettre de l'ordre : désigner ce qui doit être châtié et ce qui doit être réparé, montrer la ligne de partage entre le crime et la folie, entre l'insolente et abusive revendication et la maladie indemnisable.

Dans ce rôle, il doit reconnaître la maladie, comme il reconnaîssait la folie ; il ne lui était pas nécessaire de reconnaître l'individu ; il considérait la maladie et l'irresponsabilité comme quelque chose d'extérieur à l'individu, comme un phénomène surajouté, comme quelque chose qui lui était"tombé dessus".

Pour la médecine traditionnelle "on postule, d'abord, que la maladie est une essence, une entité spécifique repérable par les symptômes qui la manifestent, mais antérieure à eux et dans certaine mesure indépendante d'eux".

* *
*

Faisons donc du diagnostic un véritable examen de personnalité ; sortons la maladie de son isolement et redonnons au symptôme sa fonction de langage.

Si la maladie n'est plus une entité, que l'individu recèle et inscrit au tréfond de sa structure ou de ses organes, le symptôme ne peut plus être la preuve indicielle qui permet à la fois de suspecter et de démasquer la maladie, voir de lui appliquer une sanction thérapeutique.

Si la terminologie pénale fleurit ici, ce n'est sans doute pas par hasard.

Si la photographie sert l'enquêteur par son objectivité, l'expertise, par contre, ne doit pas être un instantané de l'état actuel du sujet, mais chercher à entrevoir les étapes, les possibilités, les chances de guérison.

Elle ne se réfère plus à un pronostic habituel, une expérience désabusée ou à une description classique, mais elle cherche la voie d'une thérapeutique singulièrement appliquée à un problème nouveau ; thérapeutique, peut-être encore à découvrir.

La fixation d'un taux d'incapacité est-elle un aveu de chronicité ? Alors, on doit, comme le fait BONNAFE, réformer la définition que donne le Littré de la chronicité et préciser qu'elle "se dit des maladies qui tendent à parcourir lentement leurs périodes et qui exigent du médecin un effort soutenu".

Le symptôme est désormais l'appel du malade, le diagnostic est la réponse du médecin, c'est sa façon d'exprimer sa compréhension de la maladie. Symptôme et diagnostic constituent

le dialecte de la rencontre.

Une expérience indicible de l'angoisse ou de l'échec ne s'appréhende plus dans l'inutile magie des mots ou à travers l'inoffensive impersonnalité des pièces du dossier.

Lorsque l'examen physique procède de "la biologie à une seule personne", l'examen psychiatrique, lui, engage un échange.

Nous voyons, en somme, qu'une conception thérapeutique de la réparation conduit à remplacer le diagnostic "photographique" par un examen de personnalité ; par là, cette conception donne valeur signifiante au symptôme et remplace la confrontation accidentelle du malade et de l'expert par une véritable rencontre. En même temps, parce qu'elle donne au symptôme une valeur dialectale, elle définit le style de la rencontre.

* *
*

Nous avons conscience d'avoir surtout développé les aspects négatifs du problème, mais il est évident qu'ils servent à entrevoir les perspectives nouvelles, comme la nuit appelle l'aurore.

Nous voulons figurer sur un même tableau, les deux visages de Janus, puisqu'ils représentent le passé et l'avenir.

Il nous apparaît que dans chaque colonne tout se tient et qu'entre elles s'opposent deux démarches de l'esprit, foncièrement différentes.

- Symptôme = indice	- Symptôme = langage
- Maladie entité définie autour d'une lésion	- Maladie = Mode réactionnel à une situation
- Description "entomologique"	- Description phénoménologique
- Diagnostic "photographique"	- Diagnostic = examen de personnalité
- Expert-juge	- Expert-thérapeute
- Opposition de la société et de l'individu	- Réconciliation des dimensions sociale et individuelle de la personne
- Réparation = oeuvre de justice seulement	- Réparation = "médicament"
- Rencontre = accident, confrontation	- Rencontre = évènement, contrat
- Thérapeutique = simple rééducation	- Thérapeutique = réadaptation et sociothérapie

* *
*

Si l'expertise détient en elle-même une vertu thérapeutique, il est évident que l'expert, en un seul entretien, ne peut saisir tous les prolongements de la situation. Le traitement réparateur qu'il préconise, d'autres que lui en auroht le soin.

Le traitement de la névrose traumatique peut se déduire d'une conception de la maladie que nous avons essayée de définir plus haut.

Si la condition première de la maladie est à trouver dans un conflit avec le milieu humain et qu'elle est une réaction de défense devant ce conflit, c'est en référence à ces données

que s'instaure la thérapeutique.

Il faut aider le malade à dépasser la dialectique conflictuelle de la situation, en lui offrant les moyens concrets de modifier son milieu et de répondre de manière adaptée aux contradictions de ses conditions d'existence.

Il faut lui permettre de réaliser des rapports nouveaux avec le milieu.

C'est dans ce sens que les techniques sociothérapiques trouvent ici leurs justification , qui tiennent compte de toutes les dimensions de la maladie.

Cet effort thérapeutique doit trouver ses points d'impact aussi bien dans la phase latente (problème de la prévention des accidents du travail), que dans la phase socialisée de la maladie traumatique.

-o-o-o-o-o-o-o-

C O N C L U S I O N S

1°) Dans l'expertise en matière d'accidents du travail, la rencontre du médecin et du malade vient s'insérer dans une structure juridique définie.

A l'intérieur de cette structure, chaque personnage (malade, médecin conseil, médecin traitant, expert) a un rôle à jouer et ils fondent une situation particulière.

Ce rapprochement, au sein de l'expertise, de médecins de vocations apparemment différentes, est né d'un conflit. Le caractère contradictoire de l'expertise ne condamne pas la collaboration entre médecins : chacun est le témoin d'une dimension pathologique du même malade.

La situation d'expertise permet l'expression d'un conflit, en même temps qu'elle tend à son apaisement ; elle amorce la reprise du dialogue entre le malade et son médecin d'abord, entre le malade et son milieu de travail, ensuite.

2°) La réparation en matière d'accidents du travail s'est définie autour d'une conception lésionnelle de la maladie. Cette conception est mise en échec, lorsqu'il s'agit de névrose traumatique. Il s'agit d'une maladie qui ne peut être isolée des vecteurs historiques de la personnalité. La prédisposition aux accidents, la personnalité prétraumatique, le retentissement somatique et psychologique de l'accident, le mode de réparation, les difficultés de réhabilitation sociale au sortir de la convalescence ; tous ces facteurs inter-réagissent et nécessitent une étude d'ensemble.

Toute réparation devient équitable, si elle restitue au sujet sa liberté de reprendre le travail et de se réadapter socialement. Elle est un geste thérapeutique, et comme tout "médicament", son application implique l'adhésion du malade.

Elle ne laisse pas le malade fixé sur lui-même avec une infirmité rentable, mais elle sollicite les mesures les plus propices à la réadaptation et oriente, par exemple, le malade vers la psychothérapie de groupe ou la sociothérapie.

3°) L'objectivité de l'expert reste relative, car sa décision se trouve inévitablement influencée :

- par sa position actuelle dans le débat étiopathogénique au sujet de la névrose traumatique.

- par sa tentation de se confiner à un rôle d'arbitre en proposant une formule de compromis au lieu d'une véritable synthèse.

- par son option sociale parfois déguisée vis-à-vis du problème de la réparation.

- par la qualité de ses relations avec le plaignant et sa vulnérabilité aux phénomènes transférentiels.

L'expert n'est pas un juge, mais un médecin dont la fonction essentielle est thérapeutique. Par sa position privilégiée, il réconcilie d'autre part, les deux aspects, public et privé, de la médecine contemporaine.

-o-o-o-o-o-o-o-

B I B L I O G R A P H I E

1 - ABOULKER (P), CHERTOK (L), SAPIR (M)
Psychologie des Accidents
Société française de Médecine psychosomatique - L'Expansion éditeur.

2 - BALINT (M) Le Médecin, son malade et la maladie PUF

3 - BALLET (G) L'expertise médico-légale et la question de responsabilité. Congr. Alien. et Neurol. 1907

4 - BALVET (P), ROTHBERG (D) et BANGE (C)
La réunion d'équipe, conscience du pavillon et moyen psychothérapique
L'information psychiatrique, Juillet 1961, 375

5 - BEGUIN (A) Justice et Société. Esprit, octobre 1954

6 - BENON (R) Traité Clinique et médico-légal des troubles psychiques et névrosiques post-traumatiques. Steinheil, Paris, 1913

7 - BONNAFE (L), DAUMEZON (G) Pour réfléchir à la relation médecin-malade dans le futur service psychiatrique public de secteur
L'information psychiatrique 1959, 451

8 - BONNAFE (L) Définition de la chronicité
Congr. Alién. et Neurol. Tours 1959, 709

9 - BRISSAUD La Sinistrose. Concours Médical 1908, 114

10- BROUSSOLE et LEGUEUT Des expertises psychiatriques
L'information psychiatrique 1961, 163 et 253

11- CLAUDE (H) De la nécessité du traitement précoce et judicieux dans les névroses traumatiques
Ann. Méd. Lég. 1924, 4 et 393

12- COLIN (M) Examen de personnalité en Criminologie
Collection de Méd. Lég. Masson 1961

13- COSTEDOAT (A) Les névroses traumatiques Ann.Méd.Lég. 1935 15 et 495

14- DAUMEZON (G), LANTERI-LAURA (G)
Plaidoyer pour l'attitude phénoménologique en sémiologie psychiatrique. Congr. Alién. et Neurol. Tours 1959, 211

15 - DEROBERT (L) L'expertise du traumatisé cranien
Ann. méd. lég. 1961, 2 et 169

16 - EVRARD (E) Les névroses traumatiques
Congr. Alién. et Neurol. Liège 1954, 101

17 - EY (H) Déontologie de l'expertise psychiatrique
La Presse médicale 1951, 43 et 905

18 - EY (H) L'"Autre" comme fondement psychologique
Humaniser l'hôpital psychiatrique. Ed. du Cerf 1958

19 - FAURE (J) Contribution à l'étude des conséquences professionnelles du traumatisme crânien. Thèse, Lyon, 1962

20 - FENICHEL (O) La Théorie psychanalytique des névroses
PUF 1953

21 - FERNANDEZ-ZOILA (A) Sur la psychopathologie de l'homme au travail. L'information psychiatrique 1959, 525

22 - FOLLIN, BALLIER Le Médecin n'est pas un juge mais un psycho-thérapeute. L'Information psychiatrique 1954, 405

23 - FOUCAULT (M) Histoire de la Folie à l'âge classique
Plon 1961

24 - FOUCAULT (M) Maladie mentale et personnalité - PUF 1954

25 - FOULQUIE (P) La Dialectique P.S.J. PUF 1953

26 - GOLDSTEIN (K) La Structure de l'organisme N.R.F.
Gallimard 1951

27 - HARIVELLE (M) Une bataille en retraite. Esprit Février 1957

28 - HECAEN (H), De AJURIAGUERRA (J) Les névroses traumatiques (problèmes théoriques) Congr. Alién. et Neurol.
Liège 1954, 71

28 - HECAEN (H), De AJURIAGUERRA (J) ANGELERGUES (R)
Les troubles mentaux dus aux traumatismes crâniens.
Encycl. Méd. Chir.

30 - HESNARD (A) Du conflit au symptôme. Evolution psychiatrique 1939, 33

31 - HESNARD (A) L'univers morbide de la faute PUF 1949

32 - ISRAEL, ISRAEL Le jeu du docteur et la relation médecin-malade. Rév. Neuro.Ps.Inf: et Hyg.ment.enf. Septembre-Octobre 1961

33 - KAMMERER (Th) La relation entre médecin et inculpé dans l'expertise mentale criminelle. L'évolution psychiatrique 1956, 433

34 - LACROIX (J) Le Droit. Esprit octobre 1954

35 - LECULIER (P), DAUMEZON (G) Expertise psychiatrique Encycl. méd. chir.

36 - MARIN (A), LEGUEUT (J) L'expertise médico-légale, aspect juridique, réalisations pratiques. Coll. de Méd.Lég.Masson

37 - MARIN (A), GUYOTAT (J), BERNERT (P)
Les séquelles psychiatriques éloignées des traumatismes crâniens gravissimes. Com. Soc. neurops. médicosoc. de la région lyonnaise 12 mars 1961

38 - MAZEL (P), BOURRET (J) L'expertise médicale et la réparation du dommage professionnel. Ses modalités dans le cadre de la Sécurité Sociale
Journal Méd. de Lyon, mars 1963, 141

39 - Monographie de l'Institut National d'Hygiène n° 21 1960
Accidents du travail et facteur humain, étude statistique.

40 - ROCHE (L), COTTE (L) La Médecine légale sociale
Revue lyonnaise Méd. 1961, 10 et 157

41 - ROCHE (L), REYNAUD (C.A) L'appréciation du dommage physique dans le cadre du droit commun
Collection de Médec.Lég. Masson 1960

42 - SUTTER (J.M), PELICIER (Y) L'assentiment du malade mental à la thérapeutique. Congr.Alién.et neurol. Tours 1959, 717

43 - TOSQUELLES Le psychiatre. Humaniser l'hôpital psychiatrique. Ed. du Cerf 1958

-o-o-o-o-o-o-o-

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION page 1

CHAPITRE I

Le cadre juridique de l'expertise en matière de Sécurité Sociale page 3

CHAPITRE II

Données psychologiques fondamentales de la rencontre page 12

CHAPITRE III

Problèmes déontologiques page 26

CHAPITRE IV

Problèmes cliniques et pathogéniques page 35

CHAPITRE V

Perspectives nouvelles de la relation médecin-malade page 59

CONCLUSIONS page 68

BIBLIOGRAPHIE page 70

Le Président de la Thèse :
Monsieur le Professeur ROCHE

Vu, le Doyen :
H. HERMANN

Vu et permis d'imprimer.
LYON, le 27 Février 1962
Le Recteur, Président du
Conseil de l'Université :
P. LOUIS